



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autor: Soraia Patrícia Dos Santos Monteiro, Nº.2569

Mindelo, 2015

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Autor:

Soraia Patrícia Dos Santos Monteiro

Acidente Vascular Cerebral (AVC): os desafios de enfermagem no atendimento de urgência.

Orientador:

Mestre Carlos Almeida

Mindelo, Julho de 2015

Dedicatórias

Primeiramente dedica este trabalho ao entrevistador, porque é o resultando de um enorme esforço, dedico também a minha mãe, ao meu pai pela oportunidade que me deram, pela presença constante, e pelo incentivo.

Agradecimentos

Posso dizer que este trabalho é a conclusão de mais uma etapa da minha vida a ser conquistada, é o resultado de um grande esforço, trabalho e dedicação. Que sem o apoio de alguns muito importantes isso não seria possível, por essa razão sinto a necessidade e a vontade de expressar os mais profundos e sinceros agradecimentos.

Primeiramente agradeço aos meus familiares em geral, pelo apoio, paciência que tiveram comigo, pela minha ausência ao longo desses quatro anos. Um agradecimento especial a minha mãe Isabel dos Santos, ao meu pai José Monteiro, a minha irmã Vanderlêa Spencer e ao meu tio, porque sem eles nada disso seria possível.

De igual modo agradeço ao meu orientador, o enfermeiro Carlos Almeida, pela disponibilidade, pela constante presença, pelo incentivo, principalmente pela paciência e dedicação que teve comigo.

Agradeço também as professoras Jerícia Duarte e Suely Reis pelo apoio que me deu, principalmente no momento que mais precisava.

Por fim, não podia deixar de expressar um profundo agradecimento, aos Enfermeiros do Serviço da Urgência do Hospital Doutor Baptista de Sousa, pelo apoio que nos deram durante o desenrolar do ensino clínico, e ainda um agradecimento especial a aqueles Enfermeiros, que disponibilizaram um pouquinho do seu tempo para estar comigo e participar do meu estudo e consequente formação profissional.

É com muita alegria, emoção e sinceridade que deixo um profundo e muito obrigado a todos quantos participaram direta ou indiretamente na realização deste trabalho. Sem vocês esse trabalho e essa longa caminhada não seria possível.

RESUMO

A incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, sendo uma das primeiras causas de morte; nos anos 2013 e 2014, é a primeira causa de morte entre as doenças do aparelho circulatório, isto justificado pelo aumento da esperança média de vida. Também tendo como influência a adoção de novos estilos e padrões de vida não saudáveis, e com o aumento dos fatores de risco que o avançar da idade acarreta.

Sendo que a enfermagem como a base de qualquer organização de saúde, necessita fundamentar a sua prática em bases científicas, levando em consideração o indivíduo como um ser holístico.

Desta forma, considerou-se pertinente desenvolver um estudo no âmbito do atendimento de urgência a um utente com Acidente Vascular Cerebral, tendo como objetivo principal identificar as dificuldades que os enfermeiros enfrentam no atendimento de urgência a um utente com AVC. No entanto para dar resposta ao estudo foram considerados outros pontos não menos importantes, tais como: aspetos utilizado no atendimento do AVC, as dificuldades e as estratégias na prestação do cuidado e as técnicas para superar os mesmos.

Optou-se por um estudo do tipo fenomenológico, com base na metodologia qualitativo. Sendo que a população do estudo é constituído por 6 enfermeiros, que trabalham no serviço da urgência do Hospital Doutor Baptista de Sousa (HBS). Para que fosse possível recolher os dados, foi estabelecido como instrumento de recolha de dados um guião de entrevista semiestruturada.

O tratamento dos dados foi efetuado através da análise de conteúdo. Os resultados dos dados recolhidos, foram apresentados através de quadros e daí retiradas as conclusões consideradas importantes para dar respostas aos objetivos estabelecidos.

Uma das principais conclusões do estudo, realça o fato do serviço da urgência apresentar algumas dificuldades no tratamento dos utentes com AVC, devido a falta de alguns recursos materiais considerados indispensáveis, para o diagnóstico diferencial do AVC e assim a tomada de decisões para um tratamento adequado do mesmo.

Sendo que, a enfermagem tem um papel pivô no atendimento dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral, são esses profissionais que estabelecem o contato entre esses utentes e o resto da equipa multidisciplinar. **Palavras-chave:** enfermagem, atendimento de urgência, AVC, dificuldades.

ABSTRACT

The incidence of the Cerebral Vascular Accident (AVC) in Cape Verde it accompanies the world tendency, being one of the first death causes; in the years 2013 and 2014, it was the first death cause among the diseases of the circulatory apparel, this justified for the increase of the medium hope of life. Also tends as influence the adoption of new styles and standards of living didn't greet, and with the increase of the risk factors that moving forward of the age carts.

And the nursing as the base of any organization of health, needs to base his/her practice in scientific bases, taking into account the individual as a being holistic.

This way, he/she was considered pertinent to develop a study in the extent of the urgency service to an patients with AVC, tends as main objective to identify the difficulties that the nurses face in the urgency service to an patients with AVC. However to give answer to the study other points they were considered no less important, such as: aspects used in the service of AVC, the difficulties and the strategies in the installment of the care and the techniques to overcome the same ones.

She opted for a study of the type phenomenological, with base in the qualitative methodology. And the population of the study is constituted by 6 nurses, that work in the service of the urgency of the Hospital Doctor Baptista of Sousa (HBS). Para that was possible to collect the date was established as instrument of it collects of data a screenplay of interview semi structured.

The treatment of the data was made through the content analysis. The results of the collected data, they were presented through pictures and then retreats the conclusions considered important to give answers to the established objectives.

One of the main conclusions of the study, enhances the fact of the service of the urgency to present some difficulties in the treatment of the patients with AVC, due to lack of some material resources considered indispensable, for the differential diagnosis of AVC and like this the socket of decisions for an appropriate treatment of the same.

And, the nursing has a paper pivot in the patients' service with Cerebral Vascular Accident, and they are those professionals that establish the contact between those patients and the rest of the it equips multidisciplinary.

Word-key: nursing, urgency service, AVC, difficulties.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC- *Airway, Breathing, Circulation*

ACI- Artéria Carótida Interna

ACM-Artéria Cerebral Média

AIT- Acidente Isquêmico Transitório

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVCI- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

AVE- Acidente Vascular Encefálico

ECG- Electrocardiograma

H- Homem

HBS- Hospital Doutor Baptista Sousa

HTA- Hipertensão

IV- Intra Venosa

NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem

NHF- Necessidades Humanas Fundamentais

M- Mulher

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Pressão Arterial

RM- Ressonância Magnética

Rt-PA- Ativador do plasminogéneo Tecidual Recombinante

s/a- sem ano

s/p- sem página

STM- Sistema Triagem Manchester

TC- Tomografia Computadorizada

U- Ureia

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	13
PROBLEMATICA E JUSTIFICATIVA	16
CAPÍTULO I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE)	21
Classificação do AVC	22
AVC Isquémico.....	23
Etiologia do AVC isquémico	23
Fatores de risco para o AVC	24
Sintomas e Sinais	24
Urgência	25
O Atendimento de Urgência do Utente com AVC.....	26
Triagem	26
Atuação de urgência no Utente com AVC:	27
Diagnóstico Do AVCi	29
Exames de Diagnóstico	30
Tratamento medicamentoso na fase agudo do ACVi.....	30
Sequelas/Complicações do ACVi	33
Dificuldades no atendimento de enfermagem ao utente com AVCi	34
A Enfermagem	36
Necessidades humanas básicas fundamentais afetadas (NHF) de acordo com Virgínia Henderson:	37
Diagnósticos de enfermagem	37
CAPÍTULOII: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	43
Tipo de Estudo	44
Métodos e Instrumentos Colheita de Dados.....	45
Considerações éticas	46
População	47
Caracterização da População.....	48
CAPITULO III-ANÁLISE / DISCUSÃO DOS RESULTADOS	50
CAPITULO IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
PROPOSTAS DO ESTUDO	65

Anexos

Anexo I: Índice de fluxogramas utilizadas no processo de triagem no serviço da urgência do HBS.....	71
anexo II: Carta Fornecida pela coordenação de enfermagem da Universidade do Mindelo.....	72
Anexo III: Modelo de um protocolo de atendimento de um utente com AVC	73
Anexo IV: Fluxograma de atendimento de urgência a um utente com AVC.....	74

Apêndices

Apêndice I: Guião de entrevista.	75
Apêndice II: Requerimento	77
Apêndice III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	78

Índice de Tabelas

Tabela 1: Casos de atendimento do AVC na urgência	17
Tabela 2: Dados referentes aos destinos do AVC	18
Tabela 3: Tipos de AVCs baseado em Monahan 2010.....	22
Tabela 4: Características das principais síndromes de AVC	33
Tabela 5: Os possíveis diagnósticos de NANDA	38
Tabela 6: Características da população do estudo	48
Tabela 7: Conceito do AVC segundo cada participantes.....	51
Tabela 8: Fatores de risco, idade que representa maior risco.....	52
Tabela 9: Meios de diagnóstico segundo os entrevistados.....	55
Tabela 10: Tratamento medicamentoso do AVC	56
Tabela 11: Objetivo do tratamento do AVC	57
Tabela 12: Dificuldades no atendimento do AVC	59

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Licenciatura em Enfermagem e Investigação Científica, cujo um objetivo é a obtenção do grau de licenciatura de enfermagem na Universidade do Mindelo, Escola Superior de Saúde. Com este trabalho pretende-se promover a construção do conhecimento científico, pretendendo ser pertinente, objetivo, claro e sistematizado.

A enfermagem como ciência em evolução, deixou de ser uma profissão empírica ou meramente tecnicista e passou a ser uma profissão com bases científicas, e com isso é importante a elaboração de trabalhos científicos, para que como profissionais de saúde possam melhorar a qualidade dos seus trabalhos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O tema eleito intitula-se, Acidente Vascular Cerebral (AVC): os desafios de enfermagem no atendimento de urgência. Assim sendo o presente estudo, surge da necessidade de analisar e tentar compreender os aspetos envolvidos no atendimento de urgência a um utente com Acidente Vascular Cerebral.

Também pelo fato da enfermagem no âmbito da urgência, ser um ramo da enfermagem que desperta um interesse pessoal, sendo esta uma área muito vasta requer um conhecimento ampliado.

A pertinência para a elaboração deste trabalho monográfico, centra-se na aquisição e aprofundamento dos conhecimentos sobre a urgência do Acidente Vascular Cerebral, sendo que ela constitui uma das emergências médicas, que mais mortes acometem no mundo inteiro.

Sendo o serviço de urgência uma unidade de trabalho que exige muito esforço, capacitação física e intelectual, exige agilidade e destreza dos enfermeiros que nele trabalham. O serviço de urgência atende diariamente várias pessoas, de diferentes faixas etária, classe social, sexo, personalidades e o mais importante lida diariamente com diferentes patologias.

Neste sentido para que esse trabalho seja efetuada de maneira individualizada, diferenciada, com uma postura atenciosa, eficiente, oferecendo um ambiente propício a esses utentes, e um atendimento de qualidade, os enfermeiros necessitam estar sempre atualizando os seus conhecimentos e técnicas cientificamente válidas, para superar e ultrapassar as dificuldades que enfrentam nessa unidade de trabalho, e

também o serviço deve disponibilizar os recursos materiais necessários para que tais tarefas possam ser realizadas.

A realização desta investigação centraliza-se nas dificuldades que os enfermeiros enfrentam no atendimento de urgência a um utente com Acidente Vascular Cerebral. Para a sua elaboração foi utilizada, o método científico qualitativo tipo fenomenológico, sendo a construção do enquadramento teórico foi feito por meio da revisão da literatura já existente em relação ao tema, em pesquisas de sites científicos entre outros motores de busca.

O presente trabalho encontra-se estruturada em quatro capítulos. Em que no primeiro momento encontra-se a justificativa e a problemática da escolha do tema, também fazem parte deste, aspetos considerados importantes na realidade do nosso país em relação ao Acidente Vascular Cerebral.

No Capítulo I: no primeiro capítulo que é o enquadramento teórico do estudo, onde encontra-se aspetos considerados pertinentes sobre o Acidente Vascular Cerebral, são definidos conceitos chaves em relação ao estudo, primeiramente inicia-se por falar da enfermagem, sendo que ela é a base do cuidar. Segue-se com citação de alguns conceitos importantes sobre o Acidente Vascular Cerebral, como o seu conceito, fatores de risco, classificação etiologia.

De seguida serão expostos aspetos importantes sobre o serviço da urgência, bem como o atendimento de urgência a um utente com Acidente Vascular Cerebral. E por fim o ultima conceito chave as dificuldades, enfatizando as dificuldades no atendimento de urgência a um utente com Acidente Vascular Cerebral.

Capítulo II: no segundo capítulo que é o enquadramento metodológico, define-se o método científico utilizado, a população e a amostra do estudo, os métodos e instrumentos de colheita de dados, as considerações éticas para a sua elaboração, o tratamento dos dados obtidos.

Capítulo III: neste capítulo encontra-se, a apresentação e análise de conteúdo dos dados recolhidos.

Capítulo IV: no quarto e último capítulo, estarão presentes as considerações finais da investigação, as propostas, as referências bibliográficas utilizados e os anexos e apêndices.

Sendo que a saúde é uma área que está em constante atualização, nunca se dá por concluído um tema de investigação, porque as informações actualização com o passar dos anos, com as novas descobertas.

Assim espera-se que esse estudo possa contribuir para, que como profissional de saúde, possa aumentar os conhecimentos na área, e melhorar a prática clínica em relação ao atendimento de urgência, principalmente no atendimento de urgência a um utente com Acidente Vascular Cerebral. Ainda espero que esse trabalho possa despertar a curiosidade e o interesse para a elaboração de novas pesquisas científicas, que possam dar continuidade e aprofundamento sobre a temática.

PROBLEMATICA E JUSTIFICATIVA

A escolha da temática desta investigação vai de encontro quer ao interesse pessoal, quer pelas experiências vividas ao longo do percurso académico. Motivada pelo interesse despertado durante o desenrolar dos ensinamentos clínicos, assim como a convivência pelo conteúdo teórico aprendido ao longo deste percurso.

Outro aspeto não menos importante que veio reforçar a escolha da temática em estudo é o fato de verificar um aumento da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares ao longo dos tempos, e são uma das principais causas de morte e incapacidade em todo mundo bem como em Cabo Verde, tornando assim uma questão de saúde pública. Bem como a vontade de aumentar os conhecimentos sobre a mesma.

No entanto o problema da investigação é escolhido não só por questão que o Acidente Vascular Cerebral ser uma questão de saúde pública, mas também pela importância da atenção de enfermagem tanto na unidade de urgência como na reabilitação após Acidente Vascular Cerebral perante esses utentes. Representa uma urgência e os enfermeiros devem estar capacitados, para atuarem de forma imediata, precisa e sistematizada, porque qualquer demora na sua atuação pode carregar lesões neurológicas graves e mesmo a morte.

É nessa mesma linha de pensamentos que Pereira, Coelho e Barros (2004, p.187) afirmam que “o Acidentes Vasculares Cerebral (AVC) é uma das causas mais importantes de mortalidade, hospitalização e incapacidade nas populações desenvolvidas”.

Sendo assim Gagliardi, Raffin e Fábio (2001, p.4) afirmam que, “o AVC, portanto, é uma emergência médica e deve ser conduzida prontamente, por equipa médica coordenada por neurologista clínica”. Ainda Lorusso (2011, p.86), acrescenta que, “o AVC constitui uma emergência neurológica, onde a perda de tempo para abordagem destes pacientes significa uma piora evolução”.

Mattos (2013, p.66) afirma que “Entre os 58 milhões de óbitos mundiais, 5,7 milhões foram causados por AVC. Portanto, o AVC foi a segunda maior causa de óbitos, respondendo por 10% da mortalidade mundial”.

Rodrigues (2002, p.94) afirma ainda que, “relativamente à mortalidade por AVE, a relação homem/mulher inverte-se, observando-se uma tendência de 16% das mulheres falecerem por AVE, proporção esta de 8% nos homens”.

Sendo que Dos Reis (2010, p.14) afirma que as doenças cerebrovasculares são, “um conjunto de doenças de aparecimento geralmente súbito e que levam a lesões mais ou menos extensas do tecido nervoso. Constituem uma das principais causas de mortalidade nos adultos em Cabo Verde”.

A incidência das doenças cerebrovasculares, em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, fomentada pelo aumento da esperança média de vida, bem como pelos hábitos e estilos de vida não saudáveis e pelos novos padrões de consumo confirmado pelo relatório nacional de saúde de 2011.

Baseado nos dados do relatório nacional saúde 2011, o número total de óbitos do respetivo ano foi 2527, sendo que as doenças do aparelho circulatório representam a maior causa de morte nacional com 655 óbitos anuais.

Das doenças do aparelho circulatório, entre as maiores causas de morte destaca-se as doenças cerebrovasculares, com o número total de 293 mortes anuais que corresponde a 44,7 de todos os mortes das doenças do aparelho circulatório, com uma incidência maior no sexo feminino com 163 óbitos anuais que corresponde a 48,4 de mortes cerebrovasculares e 130 óbitos masculinos que corresponde a uma taxa de 40,9% de óbitos por doenças cerebrovasculares.

De acordo com os dados estatísticos do HBS, no ano 2013 o serviço da urgência do HBS atendeu 66 casos de AVC em indivíduos com idades compreendidos entre os 31-92 anos de idade, em que 35 dos casos foram homens, e 31 mulheres.

Em relação ao ano 2014 foram atendidos 62 casos em que 31 foram mulheres e 31 homens.

Tabela 1:

Casos de atendimento do AVC na urgência do HBS, baseado nos dados estatísticos de 2013-2014

Entradas AVC no BUA do HBS					TOTAL	
Ano	AVC (número)		AVC (%)		Numero	Percentage m
	H	M	H	M	H	M
2013	35	31	53%	47%	66	100%
2014	31	31	50%	50%	62	100%

Fonte: Elaboração própria

Sendo que na faixa etária dos 31 aos 65 anos que ainda é a faixa ativa no ano de 2013 teve 18 casos de ACV e isso traz consigo problemas não só individuais como sociais, porque nessa altura ainda a pessoa é chefe de família, é pai é mãe e traz consigo muitas responsabilidades, transformando assim o AVC também em um problema social.

Na faixa etária dos 66 aos 78 anos houve 23 casos, sendo que esta faixa é a que acarreta os maiores risco para a ocorrência de um AVC.

Dos 79 aos 85 anos foram 19 casos de AVC, provavelmente decorridos pela idade avançada, e pelo acumulo de alguns fatores de risco.

Tabela 2

Dados referentes aos destinos dos atendimentos de urgência do AVC, baseados nos dados estatísticos de 2013- 2014

Destino	Ano 2013		Ano 2014	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Consulta	2	3%	-----	-----
Domicílio	9	13,6%	7	11.3%
Falecido	2	3%	5	8.1%
Internamento	53	80,3%	50	80.6%
Total	66	100%	62	100%

Fonte: elaboração próprio

Já na opinião de Oliveira e Noreia, (2010, p.32): “o trabalho nos serviços de emergência hospitalar exige um conhecimento amplo sobre situações de saúde e certo domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho, ou seja, do conjunto das necessidades envolvidas no cotidiano assistencial”.

Posto tudo isso fica fundamentada a pertinência do presente estudo, em que o aumento de doenças cerebrovasculares justifica a escolha do estudo, porque permite aumentar o conhecimento acerca das doenças cerebrovasculares, permitindo conhecer novas estratégias de intervenção, e proporcionar aos profissionais de saúde uma ferramenta para melhorarem a sua eficiência e eficácia na prestação de cuidados aos utentes com AVC.

No entanto estima-se que essa aposição tende a manter até o ano de 2030, conforme afirma Martins (2013, p.4) “as doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar

no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos, perdendo posição apenas para as doenças cardiovasculares. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030”.

Delineou-se assim, como pergunta de partida: **Quais as dificuldades que os Enfermeiros do Banco de Urgência do Hospital Doutor Baptista de Sousa enfrentam no atendimento a um utente com AVC?**

Para melhor dar seguimento ao estudo achou-se pertinente a elaboração do seguinte objetivo geral: **Identificar as dificuldades que os Enfermeiros do Banco de Urgência do Hospital Doutor Baptista de Sousa enfrentam no atendimento a um utente com AVC?**

E para melhor entender ou responder ao objetivo geral traçou-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o atendimento de urgência a um utente com AVC;
- Descrever as intervenções de enfermagem a um utente com AVC nos serviços da urgência;
- Conhecer os métodos e as técnicas de diagnóstico do AVC em serviços de urgência;
- Conhecer as limitações de enfermagem no atendimento a um utente com AVC.

CAPÍTULO I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo que encontra-se expostos conceitos importantes relacionado com a questão em investigação, considerados indispensáveis para a elaboração do mesmo.

Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE)

As doenças cerebrovasculares acometem anualmente grande número de vítimas mortais em todo o mundo é neste sentido que Rodrigues (2002, p.4) diz “as doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo lugar apenas para os doentes cardiovasculares”.

Em que de acordo com Flannery e Bulecza (2010, p.1465), “cerca de 88% da totalidade de AVCs ocorrem em pessoas com mais de 65 anos. O AVC é ligeiramente mais frequente no homem que na mulher”.

Sendo assim torna-se pertinente conhecer o conceito de AVC em que Mattos (2013, p.67), conceitua o AVC como “uma emergência médica e eventualmente cirúrgica. Entretanto somente a minoria dos pacientes chega a emergência em tempo de receber o benefício da terapia de repercussão ou controle da hemorragia intracerebral”.

Já Lorusso (s/ano, p.86) discorda quando diz que o AVC “constitui uma emergência neurológica, onde a perda de tempo para a abordagem destes pacientes significa uma pior evolução. Portanto é uma emergência médica e deve ser conduzida prontamente”.

Em que: “ (...) o início precoce da investigação etiológica é determinante no prognóstico final, como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação (*ibidem*) ”.

Na perspectiva de Henriques (2000, p.8), o AVC ocorre:

“Quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue. Isto sucede quando um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado, para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue na região do cérebro. Pode também resultar da rotura de uma artéria cerebral e, neste caso, o sangue que dela extravasa vai destruir o tecido cerebral circundante”.

Já Tambara (s/ano, p.77) conceitua o AVC como “a interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral”. Neste sentido a OMS (2005, p.6) afirma que: “o AVC é o comprometimento neurológico focal (ou as vezes global), de ocorrência súbita de duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) é provável de origem vascular”.

Classificação do AVC

De acordo com Flannery e Bulecza (2010, p.1464), “a categoria heterogenia da doença vascular cerebral, abarca dois tipos principais da doença-isquêmico e hemorrágica, podendo qualquer deles provocar défices, temporários ou permanentes da função neurológica”.

No dizer de Luckman e Sorensem (2004, p.677), “o estreitamento ou o fechamento completo de um dos vasos de irrigação do cérebro constituem a causa mais comum do AVC. As causas mais comuns do AVC são trombose, embolia e hemorragia”.

Porém para a OMS (2005,p. 8) “existem três tipos de AVC: isquêmico, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnóide”.

Tabela 3

Tipos de AVCs baseado em Flannery e Bulecza 2010.

Tipos de AVCs	Subtipos de AVCs
Hemorrágico	<ul style="list-style-type: none">• Subaracnóide• Intracerebral
Isquêmico	<ul style="list-style-type: none">• Aterotrombóticos• Hipoperfusão global• Acidente embólicos

Fonte: Elaboração própria

A OMS (2005, p.8) define hemorragia intracerebral como sendo “sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral”. De acordo com Loruso (s/ano, p.86), AVC hemorrágico é “geralmente causado por hipertensão arterial, rotura de aneurismas, mal formações arteriovenosas, vasculites, vaculopatias e discrasias sanguíneas”.

A hemorragia subaracnoide é de acordo com a OMS (2005, p.8) “hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia mater e aracnoide”.

Reis (2010:14) afirma que “cerca de 15% dos AVCs são produzidos por hemorragias intra cranianas. Destas, dois terços são hemorragias que se fazem para os espaços subaracnóides e para o interior dos ventrículos enquanto um terço são intra cerebrais”.

Como desenvolvido anteriormente o AVC isquêmico, acomete um maior número de vítimas que o tipo de AVC hemorrágico, daí surge a necessidade de debruçar sobre esse tipo de AVC, assim relativamente ao:

AVC Isquêmico

Na visão de Loruso (s/ano, p.86) o AVC isquêmico é: “Causado por trombolismo arterial decorrente de embolia cardiogênica ou de grandes vasos, oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos e coagulopatias”.

Já para Kulkens, Ringleb e Heidelberg (2003, p.2), “o AVC isquêmico é causado por uma oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido”.

Para Flannery e Bulecza (2010, p.1466), “os AVCs isquêmicos, provocados por trombos, classificam-se em função de quatro processos evolutivos: acidente isquêmico transitório, déficit neurológico isquêmico reversível, acidente vascular em evolução e AVC completo”.

Segundo Tinone (2001, p.209) “a maioria dos AVCs é do tipo isquêmico. A isquemia pode ser focal ou global. A isquemia focal ocorre devido à oclusão de uma determinada artéria. A global ocorre devido a um hipofluxo cerebral importante (...)”.

Na visão de Reis (201,p.17) “os AVCs isquêmicos têm fundamentalmente duas origens: aterosclerótica – a mais frequente - e embolígena (valvuloplastias principalmente o aperto mitral, próteses valvulares mecânicas, fibrilação auricular (FA), embolias paradoxais) ”.

Etiologia do AVC isquêmico

Em relação a etiologia do AVC, segundo Kulkens *et al* (2003, p.2-3) estas encontram divididas em:

“ Lesões estenóticas ateroscleróticas e aterotrombóticas das artérias cervicais extracranianas e das grandes artérias cerebrais da base do, crânio, causando uma Hipo perfusão crítica distal às estenoses, graves; embolismo de ponto de partida arterial de lesões aterotrombóticas; causando oclusão de vasos intracranianos; embolismo sistêmico (fontes cardíacas como próteses valvulares, fibrilação auricular, trombos cardíacos, cardiomiopatia dilatada, enfarte do miocárdio

recente ou shunts intracardíacos); lipohialinólise dos pequenos vasos cerebrais, levando a lesões lacunares microangiopáticas”.

Para Timone (2001, p.210) “em relação à etiologia, os infartos mais frequentes são os aterotrombóticos. Neste grupo estão incluídas as trombooses que ocorrem no local de uma estenose arterial e os causados por tromboembolismo arterial”. A segunda causa do ACVi são as embolias cardiogênica, acrescentem-se os infartos lacunares, além de outras etiologias”.

Fatores de risco para o AVC

É importante conhecer os fatores de risco para que possa prevenir futuras ocorrências, Pasches e Mendes (2013, p.12) dizem que, “Conhecer os fatores de risco para o AVC faz-se essencial para prevenir a sua ocorrência”. Em que, a OMS (2005, p.14) afirma que “o AVC é uma doença multifatorial em que uma combinação de fatores de risco, (sendo que nem todas precisam estar presentes), influenciará as chances futuras de um indivíduo ter um AVC”.

Na perspectiva de Pasches e Mendes (2013, p.12) os fatores de risco estão agrupados em, “grupo de risco não modificável, risco modificável e risco potencial”. Essa ideia é partilhada pela OMS (2005, p.14) quando classifica os fatores de risco em “modificável (hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, dieta, consumo excessivo de álcool, sobrepeso, diabetes), ambiental (tabagismo passivo, acesso a tratamento médico), não modificável (idade, sexo, história familiar, genética) ”.

Assim, Pasche e Mendes (2013, p.12) acrescentam que as: “Pessoa que estão dentro de grupo de risco não modificável pode ser beneficiada com maior atenção nos cuidados básicos de saúde. O grupo pertencente aos grupos modificáveis precisam de incentivo e apoio para mudança de estilo de vida”.

Sintomas e Sinais

Fundamentada na teoria de Kulkens *et al* (2003, p.3), os sinais e sintoma apresentados variam com o local cerebral lesionado. Assim alguns sintomas como diminuição de força e/ou sensibilidade, afasia, apraxia, disartria, alteração de consciência e

confusão, diplopia, vertigem, nistagmo são alguns dos sintomas apresentados por esses utentes.

Para Pasche e Mendes (2013, p.15) “a pessoa que apresenta sinais e sintomas: diminuição da sensibilidade e/ou fraqueza que tenha começado de forma súbita na face, no braço e/ou na perna, especialmente se unilateral, confusão mental, dificuldade para falar ou para compreender o que é dito”.

Ainda é de concordar com Tambara (s/a, p.78) quando diz que os sinais de risco para AVC isquémico são aparecimento súbito de: “dormência na face, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo, confusão na comunicação (fala ou entendimento), distúrbio da visão em um ou nos dois olhos, alteração da marcha, tontura, desmaio, perda de equilíbrio ou coordenação, dor de cabeça de causa desconhecida”.

Urgência

Tendo em conta o tema abordado torna-se pertinente referenciar nesse trabalho o conceito de urgência para uma maior compreensão do mesmo.

A urgência é definida por Rey (s/a *apud* Mateus, 2007,p.19), como uma “situação que exige uma ação ou tratamento médico ou cirúrgico imediato ou em prazo muito curto”. Neste sentido que Sobral *et al* (2013, p.397) afirmam que: “o enfermeiro e sua equipe devem inserir na realidade dos setores de Urgência e Emergência uma atenção diferenciada ao paciente dessas unidades, adotando uma postura eficiente e atenciosa a fim de que lhe seja oferecido um ambiente propício à sua recuperação”.

Martinez e Nitschke (2001, p.235) dizem que as “urgências podem ser conceituadas, como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade, e que apresenta uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa”.

Segundo Seixas (2010, p.46), “diariamente, muitas pessoas são atendidas em serviços de atenção às urgências. São homens, mulheres, crianças, jovens e idosos com os mais variados problemas de saúde e níveis de gravidade.

Nesse cenário, “Além do conhecimento, a atenção é um aspeto fundamental para quem trabalha nos serviços dessa natureza, pois uma situação de emergência pode se instalar de forma insidiosa” (*ibidem*).

Já a emergência é definida por Santos, Canetti, Santos, Júnior e Alvarez (1999, p.143) como: “Uma propriedade que uma dada situação assume quando um conjunto de circunstâncias a modifica. (...) assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um utente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo”.

Sobral et al (2013, p.400) realçam que, “uma unidade de emergência é permeada de condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados, que experienciam e vivenciam as também complexas relações humanas no processo de cuidar/cuidado, em um sistema organizacional hospitalar”.

No dizer de Oliveira e Noreia (2010, p.44):

“A unidade de emergência é caracterizada pelo fluxo intenso de pessoas que circulam nessa área, em razão da relatividade dos pacientes que procuram o serviço devido a gravidade das condições em que se encontram, motivadas por trauma, afeções não traumáticas, alterações de comportamento, entre outros”.

O Atendimento de Urgência do Utente com AVC

O atendimento de um utente com AVC, deve ser feito tendo sempre em mente que o tempo é um critério importante, assim que Henriques (2000, p.9) afirma, “uma pessoa que sofre um AVC deve sempre ser observada num hospital, no mais curto espaço de tempo, para se avaliar a necessidade de internamento e ser estabelecido tratamento adequado, até para evitar que o acidente se repita”.

Segundo Einstein (2013, p.5) “nos pacientes com doenças cerebrovasculares a triagem tem um papel essencial, pois o conhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos do AVC pode resultar no tratamento imediato com recuperação no prognóstico”.

Triagem

Segundo Martins (2006, p.2), “o paciente que chega no Serviço de emergência é avaliado pela enfermeira da triagem. Se ocorrer suspeita de AVC isquémico agudo com até 3 horas de evolução, o paciente é rapidamente transferido para a Unidade Vascular e avaliado pelo médico emergencista”.

Baseado na visão de Anziliero (2011, p.45), a triagem é uma das tarefas de enfermagem que exige um conhecimento ampliado dos sinais e sintomas. O profissional de enfermagem é o encarregado para ouvir as queixas do utente, verificar os riscos e classificar a prioridade dos doentes, conforme a necessidade desses, e estabelecer a prioridade médica.

É nesse mesmo sentido que Silva e Moreira (2012, p.1) afirmam que: “STM consiste numa metodologia objetiva que promove o atendimento médico em função de critérios clínicos e não da simples ordem de chegada ao Serviço de Urgência.”

Nessa linha de pensamentos Gonçalves (2007, p.28) ainda acrescenta que “os sistemas de triagem de doentes admitidos ao Serviço de Urgência (SU) representam um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento das vítimas de AVC. (...) este sistema é gerido pelo protocolo de Manchester (STM)”.

Nos serviços de urgência onde se aplica o sistema triagem de Manchester, a existência de um fluxograma próprio para o atendimento do AVC, faz parte desse processo, assim como afirma Martins (2006, p.1), “Em geral representa o primeiro contato entre o paciente e o hospital. A equipe da emergência deve estar treinada para diagnosticar o AVC agudo (...). No departamento de emergência, devem existir fluxogramas de atendimento dos pacientes com AVC”.

Porem em relação ao AVC Gonçalves (2007,p.33) afirma que “a heterogeneidade associada à forma de apresentação do AVC argumenta contra a possibilidade de se poder esgotar a globalidade da sua semiologia num único fluxograma que viesse a revelar-se suficientemente sensível e específico para a sua identificação”.

Atuação de urgência no Utente com AVC:

Na visão de Mattos (2013, p.67), “o atendimento a pacientes com AVC na emergência deve iniciar pela avaliação das funções vitais (ABC) e instituição do suporte básico, sem o qual não é possível prosseguir com segurança em qualquer conduta diagnóstico ou terapêutica”.

Em que o atendimento desses pacientes deve acarretar o menor tempo possível, em que Einstein (2013, p.4) afirma, o atendimento do paciente com AVC deve acarretar o menor tempo possível, e deve envolver uma equipa multidisciplinar, em que elas devem

estar em sintonia umas com as outras. Devem ter sempre em atenção o início dos sintomas até que o diagnóstico seja estabelecido, e daí definir o tratamento.

Nesse sentido a enfermagem desempenha um papel primordial, sente sentido que, Flannery e Bulecza (2010, p.1474), “logo após a admissão do doente, os cuidados de enfermagem devem centrar-se no controlo do estado neurológico do doente e na prevenção de complicações, enquanto se procede à avaliação da gravidade do AVC”.

Ainda Einstein (2013, p.13) soma a isto “a avaliação inicial de um paciente com suspeita de AVC é similar a qualquer outra emergência e segue a regra mnemónica do ABCDE. A avaliação neurológica visa a identificar sinais e sintomas do paciente com AVC, seus diagnósticos diferenciais e suas complicações imediatas”.

O serviço médico de emergência (SME) ao atender um utente com AVC agudo deve logo de imediato estabelecer objectivos para a sua atuação. Desse modo Tambara (s/ano p.78) afirma, “Serviço Médico de Emergência (SME) ao atender um paciente com AVC agudo tem os seguintes objetivos: “rápida identificação dos sinais e sintomas que indicam um AVC, apoio às funções vitais, transporte rápido da vítima a uma instituição apropriada, notificação pré-chegada à instituição que vai receber a vítima”.

Segundo Kulkens, (2003, p.2) até há pouco tempo, “o tratamento agudo dos doentes com AVC caracterizava-se por uma atitude niilista. No entanto, o aumento do conhecimento fisiopatológico e o aparecimento de novas terapêuticas para o AVC agudo vieram alterar a abordagem destes doentes” (*ibidem*).

Para Silva, Gomes, Massaro (2005, p.40) “o paciente com AVC agudo deve ser tratado como uma emergência médica independentemente da gravidade dos deficits”. Sendo que: “o exame inicial do paciente com AVC inclui observação da função respiratória e da saturação do oxigénio arterial, da pressão arterial (PA) e do ritmo cardíaco. A Coleta de exames de laboratoriais (bioquímica, exames de coagulação e hematológicos) deve ser realizada o mais breve possível (*ibidem*) ”.

Em relação a investigação laboratorial, para Tinone (2001, p.215): “hemograma completa com plaquetas, glicemia de jejum, dosagem de eletrólitos como sódio e potássio, ureia e creatinina, coagulograma e, quando necessário, gasometria arterial e perfil hepático. Também devem ser realizados radiografia do tórax, urina I e eletrocardiograma”.

Baseado em textos de Tambara (s/ano p.78), para diagnóstico diferencial do AVC agudo é essência a exclusão de algumas condições clinicas tais como, crises epiléticas não causadas pelo AVC agudo, tumores, trauma crânio-encefálico, hemorragias intracranianas,

enxaqueca, amnésia global transitória, distúrbios metabólicos, infecções do sistema nervoso central, esclerose múltipla, labirintopatias, efeitos de medicamentos ou drogas de abuso e distúrbios psicossomáticos.

Em relação a hipertensão arterial, Gagliardi *et al* (2001, p.4), dizem que “embora HA ocorra frequentemente na fase aguda do ACVi, sendo encontrado em 50% a 80% dos pacientes, muita controvérsia existe no tocante ao seu manejo”.

Um outro cuidado importante a ter em conta com esses pacientes é a monitorização cardíaca periférica em que Silva, Gomes e Massaro (2005, p.41): dizem que, “monitorização cardíaca é recomendada devido a frequência de arritmias, insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio associado ao ACVi na fase aguda, deve-se monitorizar alterações que possam ocorrer secundárias ou não ao ACVi e de enzimas cardíacas.

A hipertermia é um agravante do AVC em que Gagliardi *et al* (2001, p.5) afirma que a “hipertermia deve ser tratada adequadamente porque existem evidências que o aumento da temperatura exacerba a lesão neurológica na vigência de isquemia cerebral”.

Em relação a hiperglicemia Silva, Gomes e Massaro (2005, p.42) dizem, “Hiperglicemia níveis de glicémicos a partir de 180mg/dl devem ser corrigidos com hidratação venosa com solução fisiológica e insulina regular. Pacientes diabéticos ou não podem apresentar hiperglicemia na admissão hospitalar por AVC.”

Na perspectiva de Gagliardi *et al* (2001, p.5), quando afirma “há relativo consenso de que hiperglicemia é deletéria na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente ou da extensão e tipo do AVC. A diabetes pode piorar o prognóstico do AVC por favorecer o desenvolvimento de complicações clínicas no curso da doença”.

Diagnóstico Do AVCi

Segundo Loruso (s/ano, p.87) “o diagnóstico do AVC é baseado na história clínico. Chama-se acidente isquêmico transitório (AIT) os casos de deficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas”.

De acordo com Raffin *et al* (2006, p.343), a avaliação de um paciente com AVC deve necessariamente ter a participação de neurologista, porque visa fundamentalmente confirmar, “suspeita clínica, identificar o tipo de AVC e sua localização, estabelecer a

conduta, conferir os critérios de inclusão e exclusão para o uso de trombolítico, determinar as demais terapêuticas e obter os parâmetros para acompanhamento evolutivo da paciente”.

Ainda Tinone (2001, p.214) afirma que “o diagnóstico baseia-se nos dados de anamnese e do exame neurológico, sendo confirmado por exames complementares como a tomografia computadorizada de crânio e a ressonância magnética de encéfalo”.

Essa visão é compartilhada por Raffin *et al* (2006,p.344) quando afirma que para: “A confirmação do diagnóstico de ACVi deverá ser feita através da neuroimagem, na tomografia computadorizada ou por ressonância magnética”.

Exames de Diagnóstico

A tomografia computadorizada (TC) é uma das principais técnicas de diagnóstico do AVC e é neste sentido que Silva *et al* (2005, p.40) afirma, “a tomografia computadorizada (TC) continua a ser a principal técnica de neuroimagem utilizada para avaliar pacientes com AVC”. Em que Raffin *et al* (2006, p.344) recomenda que “TC seja realizada em até 25 minutos desde admissão do paciente, com a leitura do exame idealmente até 45 minutos. A utilização do contraste dependerá do quadro clínico e da opinião dos médicos responsáveis”.

A ressonância magnética (RM) para Silva *et al* (2005, p.40) é “também amplamente utilizada na avaliação de pacientes com AVC pode ser utilizada como alternativa a TC de crânio desde que não aumente o tempo necessário para início do tratamento”.

Assim Tinone (2001, p.214) afirma que “na fase aguda, eventualmente um primeiro estudo tomográfico pode não delimitar a área do infarto, mas dados como assimetria de sulcos, do sistema ventricular ou das cisternas podem fornecer sinais indiretos da presença da lesão. Nestes casos, a tomografia deve ser repetida após 24 horas”.

Tratamento medicamentoso na fase agudo do ACVi

O atendimento do AVC na fase aguda objetiva diminuir as sequelas e prevenir as complicações clínicas que essa acarreta, em que segundo Tinone (2001, p.216), “independentemente da idade e do tipo de AVC, o atendimento na fase aguda dos AVCs é o mesmo. O objetivo principal é diminuir as sequelas prevenir as complicações clínicas

(infecções pulmonares e urinárias e escaras) e neurológicas (convulsões, hidrocefalia e hipertensão intracraniana) ”.

Para Machado (2011, p.4):

“A viabilidade do tratamento eficaz dos pacientes com AVC depende diretamente do conhecimento dos seus sinais e sintomas pela população, da agilidade dos serviços de emergência, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar, e das equipes clínicas, que deverão estar conscientizadas quanto à necessidade da rápida identificação e tratamento”.

Na opinião de Tinone (2001, p.216), “uma vez definida o diagnóstico, deve-se instituir o tratamento através de medidas gerais e tratamentos específicos”. Em que de acordo com Flannery e Bulecza (2010, p.1466) “A isquemia prolongada pode causar morte primária das células cerebrais, ou enfarte cerebral, o que cria um núcleo de tecido necrosada “.

Sendo que de acordo com o mesmo, “se houver reperfusão para o núcleo no espaço de 1 a 3 horas, a circulação sanguínea e o metabolismo das células afetadas, na penumbra, podem normalizar (*ibidem*) ”.

A propósito Machado (2011, p.9) afirma que, “o objetivo do tratamento na fase aguda do AVC isquêmico é baseado no conceito de penumbra isquêmico, (...) território arterial ocluído com uma área isquêmica encefálica associada a uma redução significativa do fluxo sanguíneo, que é potencialmente reversível”.

Baseado nos textos de Tinone (2001, p.216), nos casos de AVCIs, o objetivo desse atendimento, é iniciar o tratamento terapêutico no menor espaço de tempo, desde o início dos sintomas, de forma a recuperar os neurônios afetados na área de penumbra.

Assim o tratamento de eleição no tratamento do AVCi na fase aguda é a trombólise, sendo que o objetivo maior para a sua utilização é impedir ou minimizar a área enfartada, assim Tinone (2001, p.220) afirma que, “a utilização da terapia trombótica vem sendo preconizada nas enfermidades vasculares cerebrais isquêmicos na tentativa de permitir uma reperfusão precoce, com o objetivo de diminuir a extensão da área de infarto”.

Em concordância com o autor supracitado Silva et al (2005, p.41), dizem que “a terapia trombótica com ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA 0,9mg/kg de peso) endovenoso iniciada até 3 horas do início dos sintomas do ACVi melhora significativamente o prognóstico do paciente”. Ainda Machado (2011, p.32) afirma que “A trombólise endovenosa é o tratamento de escolha para os pacientes com AVC isquêmico com evolução de até 4,5 horas”.

Já a aspirina para o tratamento do AVC Flannery e Bulecza (2010, p.1471), dizem “aspirina, que é de todos o mais usado, reduz efetivamente a agregação plaquetária, pelo que pode ser usado no controlo de acidentes isquémicos transitórios, AVC em evolução ou AVC isquémico”.

Toda a equipa de enfermagem deve ser treinada para administrar rtPA, de acordo com Machado (2011,p.28) “As equipas de enfermagens devem estar treinadas para administração de rtPA intravenosa (IV), que deve ser realizada de preferência no Pronto-Atendimento”.

No entanto para a administração dos trombólitos devem ser levados em conta alguns critérios, em que Tinone (2001, p.220) apresenta os seguintes: “intervalo entre o quadro ictal de administração da medicação idealmente de 90 minutos, mas no máximo de três horas, pacientes com idade superior a 18 anos, AVCI tanto de território carotídeo como vertebro basilar, consentimento assinado por algum familiar responsável”.

O mesmo apresenta alguns critérios de exclusão a ter em consideração para a administração de trombolíticos sendo elas:

- “Pacientes gestantes ou lactentes;
- Portadores de discrasias sanguíneas; como plaquetopenia menor que 100.000/mm³ ou com coagulopatias ou uso recorrente de heparina nas últimas 48 horas com alteração da TTPA ou uso de anticoagulante oral, paciente com ACVi ou traumas importantes nos últimos três meses;
- Antecedentes de hemorragia cerebral;
- Indícios de hemorragia cerebral ou de edema extenso à tomografia de crânio;
- Pacientes com episódios isquémicos transitórios ou discretíssimo défice neurológico;
- Quadro clínico sugestivo de hemorragia subaracnoídea mesmo com tomografia de crânio normal;
- História de trauma ou cirurgia nos últimos 14 dias;
- Punções arteriais em locais não compressíveis
- História de hemorragias gastrointestinais ou urinárias nos últimos 21 dias;
- Pressão arterial sistólica maior 185mmHg e/ou diastólica maior que 110mmHg ou que necessitem de tratamento com várias drogas anti-hipertensivas para controle da hipertensão arterial sistêmica;
- Glicemia menor que 50 ou maior que 400mg/dl;
- Pacientes com convulsões no momento em que o quadro neurológico começou;
- Elitistas ou usuários de drogas (*ibidem*) ”.

Sequelas/Complicações do ACVi

De acordo com Flannery e Bulecza (2010, p.1467), “O AVC pode resultar em morte ou lesão grave. Nos tipos menos graves de AVC, o período agudo, inicial pode ser complicado por problemas respiratórios relacionados com aspiração e atelectasia.

Sendo que de acordo com Tinone (2001, p.224), “a impotência funcional de um paciente portador de AVC não depende somente do grau de paralisia, mas também de outros fatores, como incoordenação motora, presença de dor, hipertonia e luxações de articulações, como o ombro”.

Porém Flannery e Bulecza (2010, p.1467) afirmam que “os défices neurológicos, específicos, que são gerados pelo AVC, são reflexo do local e da gravidade da isquemia, bem como da adequação da circulação colateral na região em questão”.

Luckman e Sorensen (2004, p.684) alegam que, “após o AVC, os clientes, estão por vezes emocionalmente labéis, confusos, esquecidos e frustrados. Eles tendem a ficar chorosos a gargalhar sem qualquer provocação. Os clientes podem usar também profanação, e isso é, as vezes, expressão como linguagem automática”.

Flannery e Bulecza (2010, p.1468), “os dois vasos mais frequentemente afetados são a artéria cerebral média (ACM) e a artéria carótida interna (ACI). Cada um dos principais tipos de AVC está associado a início e uma evolução dos sintomas bastante característicos”.

Ainda Luckman e Sorensen (2004, p.684) acrescentam outras reações emocionais ou comportamentais podem ocorrer, incluindo, “grave oscilação de humor, isolamento social (especialmente os clientes com afasia e disfasia), comportamento sexual inadequado, explosão de frustração e raiva, regressão e comportamento infantis”

Tabela 4

Características das principais síndromes de AVC, baseado em Flannery e Bulecza (2010)

Vasos afetados	Características definidoras	Características
	Em casos de bloqueio do ramo principal da ACM, o enfarte	<ul style="list-style-type: none">• Hemiparesia ou hemiplegia

Síndrome da ACM (obstrução mais comum)	pode afetar a maior parte do hemisfério, porque a ACM é responsável por cerca de 80% da irrigação sanguínea dos hemisférios cerebrais.	<ul style="list-style-type: none"> • Défice sensorial contra lateral na mesma área afetada por hemiplegia • Negligência ou desatenção, unilateral (quando no hemisfério não dominante) • Afasia (quando no hemisfério dominante)
Síndrome da ACI	Os sintomas do AVC de ACM e ACI são praticamente idênticas, contudo, se ocorre bloqueio do ramo principal da ACM, os défices podem ser profundos, já que o edema cerebral geralmente, é extenso.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia ou hemiplegia contra lateral • Perdas sensoriais contra laterais • Afasia (quando no hemisfério dominante)
Síndromes das artérias vertebres basilares	A obstrução dos vasos neste sistema dá origem a sintomas únicos que refletem a perfusão do cerebelo e do pedúnculo cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> • Ataxia, inépcia • Disfagia e disartria • Vertigens e nistagmo • Défices sensitivo-motores, bilateralmente • Diminuição da força muscular e parestesia facial.

Fonte: elaboração própria

Dificuldades no atendimento de enfermagem ao utente com AVCi

Tendo em conta o tema abordado torna-se pertinente referenciar nesse trabalho o conceito de dificuldades para uma maior compreensão do mesmo, assim, dificuldade é definida pelo dicionário online português como, “O que impede a realização de alguma coisa; aquilo que estorva ou atrapalha o desenvolvimento de algo; impedimento ou obstáculo”

As tecnologias avançadas nem sempre são o suficiente para garantir uma assistência de enfermagem de qualidade nesta perspectiva que, Sabral, Silva, Santos, Santos e Santos (2013, p.400) afirmam, “a unidade de enfermagem oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida, e as tecnologias avançadas utilizadas neste atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência (...)”.

Assim Silva, Martins, Oliveira, Nascimento e Teixeira (2011, p.976), referem que “a identificação das dificuldades em relação aos recursos materiais. Pois conhecer os insumos também é necessário para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade”.

No ponto de vista de Sabral et al (2013, p.400):

“A partir da experiência profissional na assistência de enfermagem, observa-se que alguns profissionais, no desempenho de suas atividades em unidade de emergência, denotam a reocupação, como foco principal, nos aspectos biológicos do ser humano, sem considerar os demais aspectos do ser, na maioria das vezes. Dessa forma, fragmentam o cuidado, pois não consideram o ser humano em sua totalidade e complexidade”.

O incentivo dos profissionais constitui uma das insuficiências para o exercer da profissão, Silva et al (2011, p.976) afirmam que, “além da insuficiência nas questões técnicas atrelados aos materiais, os próprios profissionais declaram a falta de incentivo à melhoria de técnicas e aprimoramento do conhecimento científico dos profissionais”.

Sabral et al (2013, p.400) ainda afirma que, “para seus familiares, observadores diretos desta realidade, torna-se evidente a dificuldade existente, muitas vezes de entendimento, no que se refere às prioridades de atendimento”.

De acordo com Gabriel et al 2007, apoud Anziliero (2011, p.46) “não consegue priorizar adequadamente os pacientes que sofrem acidente vascular cerebral isquêmico”

Em que Gonçalves (2007,p35) argumenta dizendo:

“Não é de estranhar, por isso, que não exista qualquer fluxograma (anexo I) de apresentação que consubstancie os elementos definidores do AVCI, isto é, a presença de sinais e sintomas neurológicos focais e a instalação ictal dos mesmos. Tais elementos, encontram apenas representação aproximada em alguns discriminadores específicos e, mesmo assim, sem clara sobreposição aos conceitos incluídos na atual definição de AVC”.

A Enfermagem

Para Rodrigues, Nascimento, Antunes, Mestrinho, Serra, Madeiro e Canário (2007, p.49) “atualmente o desempenho profissional competente requer um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos no âmbito da formação, onde a experiência assume também uma grande relevância, sobretudo em contexto de trabalho”.

A essência da enfermagem é a pessoa e o cuidar, assim Sheehy (2011,p.9) diz-nos que “desde os primórdios que a enfermagem tem como conceitos centrais, a pessoa, a saúde, o meio ambiente e o cuidar”. Assim Hesbeen (2001, p.16) diz que a palavra cuidada, “usada no singular, designa a atenção positiva e construtiva prestada a alguém, com o objetivo de fazer algo por esse alguém ou com ele”.

Porém para Silva, Francioni, Sena, Carraso e Randuz (2005, p. 474) “(...), o cuidado é entendido como o modo de ser essencial, ou seja, é uma maneira do próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer. O cuidado faz parte da constituição do ser humano, pois o mundo de ser cuidado o revela”.

Em que o cuidar faz parte da vida, independentemente da cultura, raça em que no dizer de Collière (2001, p. 58) “cuidar está na origem de todas as culturas, porque para que a humanidade sobrevivesse tinha que cuidar, de proteger-se, e esta arte passa de geração em geração”.

Assim a enfermagem é entendida por Silva *et al* (2005, p. 473) “como a arte de criar impulsos em direção ao prazer, fazendo com que as pessoas prolonguem ou renovem as formas de ser e sentir-se saudável, através do cuidado de si”.

Sobral, Silva, Santos e Santos e Santos, (2013, p.397) afirmam que “a equipe de enfermagem, formada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, é uma das responsáveis diretas pela assistência prestada ao paciente portador de qualquer patologia”.

No entender de Bedin, Piotto, Giampaolo e Jay, (2004) a enfermagem é: “Uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização”. Em que no dizer de Sheehy (2001, p. 3) “a enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale, contudo, ela evoluiu como pática especializada, ao longo dos últimos 25anos”.

Baseado na citação de Seixas (2010, p.46), a qualidades dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que trabalham no serviço da urgência, está diretamente relacionada com a bagagem técnica desse, e com a organização do serviço dentre da

instituição. Nessa mesma linha de pensamentos que Sheehy (2001, p. 3) afirma que “a prática da enfermagem de urgência requer um conjunto impar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas”.

Sheehy (2001, p.3) acrescenta ainda que “os papéis assumidos pelos enfermeiros passam pela prestação de cuidados ao doente, investigação, ensino, consultadoria e apoio jurídico”.

Necessidades humanas básicas fundamentais afetadas (NHF) de acordo com Virgínia Henderson:

- Respira
- Eliminar
- Mover-se e manter uma boa postura
- Vestir-se e despir-se
- Manter a temperatura corporal nos limites normais
- Arranja-se tratar-se e proteger os tegumentos
- Comunicar com os seus semelhantes

Diagnósticos de enfermagem

A anamnese é uma ferramenta de enfermagem necessária em qualquer atendimento, sendo que permite ao enfermeiro, fazer a colheita de dados, que lhe servirá de base para estabelecer um diagnóstico de enfermagem, é neste sentido que Silva (2014, p.7) afirma, “a partir da anamnese e do exame físico, o enfermeiro terá inúmeras informações, que lhe serviam de pista para identificar os problemas de enfermagem e estabelecer o diagnóstico de enfermagem”.

Neste sentido Santos e Andrade (2011, p.356) afirmam que “a partir do momento que o enfermeiro é capaz de definir diagnóstico de enfermagem, estabelecer prescrições, avaliar a evolução do seu cliente ele está apto para, juntamente com a equipa multidisciplinar, planejar a alta do seu cliente”.

Posto isso achou-se necessário a criação de uma tabela (tabela 4), que mostra os possíveis diagnósticos de enfermagem segundo NANDA, e as respetivas intervenções de enfermagem na respetiva intervenções de enfermagem segundo NIC.

Tabela 5

Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA e as intervenções de enfermagem segundo NIC

Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA	Intervenções de enfermagem segundo NIC
<p><u>Potencial para infecção</u>: estado na qual o indivíduo está com risco aumentado para ser invadido por organismos patogênicos.</p> <p><u>Relacionado com</u>: trauma; procedimentos invasivos, uso de agentes farmacológicos, destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada.</p> <p><u>Manifestado por</u>: presença de fatores de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar adequadamente o ambiente após cada uso pelo paciente; • Trocar o equipamento para cuidados do paciente conforme o protocolo da instituição; • Lavar as mãos antes de cada atividade de cuidados do paciente e após a mesma; • Escovar a pele do paciente com agente antibacteriano, quando adequado; • Trocar acessos centrais e periféricos IV e curativos conforme a orientação atual do CDE.
<p><u>Eliminação urinária alterada</u>: estado no qual o indivíduo experimenta um distúrbio na eliminação urinária.</p> <p><u>Relacionado com</u>: sensibilidade motora prejudicada.</p> <p><u>Manifestado por</u>: frequência de eliminação urinária aumentado ou diminuída</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter um registro de especificação da continência durante 3 dias para estabelecer o padrão de eliminação de urina; • Estabelecer um horário de início e término para o programa de uso sanitário caso não seja de 24 horas; • Estabelecer um intervalo de uso do sanitário, preferivelmente, não inferior a 2 horas; • Auxiliar o paciente a usar o

	<p>sanitário e a preparar-se para urinar nos intervalos prescritos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer privacidade para o uso do sanitário; • Evitar deixar o paciente ao vaso sanitário por mais de cinco minutos.
<p><u>Potencial para síndrome de desuso:</u> estado no qual o indivíduo apresenta o risco de deterioração de sistemas corporais, como resultado de uma inatividade músculo-esquelético inevitável ou prescrita como medida terapêutica.</p> <p><u>Relacionado com:</u> paralisia, imobilidade mecânica, alteração do nível de concentração.</p> <p><u>Manifestado por:</u> Hemiplegia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • :obter concordância médica para instituir um plano de exercícios de alongamento, conforme a necessidade; • Auxiliar a estabelecer metas realistas e a curto e longo prazo, com base na atual nível de aptidão e na forma de vida; • Oferecer informações sobre mudanças a estrutura neuromusculoesqueléticas, sobre a idade e os efeitos da falta de uso; • Auxiliar a elaborar um horário para exercícios adequados a idade, a situação física, as metas, motivação e estilo de vida.
<p><u>Comunicação verbal prejudicada:</u> estado no qual o indivíduo experimenta impedimento, diminuição ou ausência de habilidade de receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.</p> <p><u>Manifestado por:</u> dificuldade de acompanhar/manter um padrão usual de comunicação, dificuldade em verbalizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a assistência da família na compreensão da fala do paciente conforme apropriado; • Ouvir com atenção; • Usar palavras simples e frases curtas; • Evitar baixar a voz no final da frase;

<p>ou falar expressa por afonia, disfonia, distúrbio de ritmo, disfagia ou disartria</p> <p><u>Relacionado com:</u> percepção alterada, estresse, alteração na auto-estima e no autoconceito, barreiras físicas, alterações anatómicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ficar de pé diante do paciente ao conversar; • Orientar paciente e familiares sobre o uso de aparelhos da fala;
<p><u>Interação social prejudicada:</u> estado no qual o individuo participa de relacionamento social em quantidade insuficiente ou excessiva, ou em qualidade ineficaz.</p> <p><u>Manifestado por:</u> desconforto verbalizado ou observado em situações sociais,</p> <p><u>Relacionado com:</u> limitações de mobilidade motora, alteração do processo de pensamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidos; • Encorajar o paciente no desenvolvimento de relações; • Encorajar as relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns; • Encorajar atividades sociais e comunitárias; • Encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas; • Encorajar o planejamento de atividade especiais por grupos menores.
<p><u>Mobilidade física prejudicada:</u> estado no qual o individuo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes.</p> <p><u>Relacionado com:</u> força e resistência diminuída, dor ou desconforto, dano perceptual ou cognitivo, enfraquecimento neuromuscular, depressão ou ansiedade severa.</p> <p><u>Manifestado por:</u> inabilidade para movimentação significativa dentro do</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vestir o paciente com roupas não apertadas; • Auxiliar o paciente a usar calças que facilitem o andar e previnem lesões; • Providenciar cama baixa quando adequado; • Encorajar a sentar-se à beira do leito, ou cadeira conforme a tolerância; • Orientar quanto a disponibilidade

ambiente físico, inclusive no leito.	<p>de mecanismos auxiliares se adequado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente as primeiras ambulações, conforme a necessidade; o paciente a permanecer • Encorajar de pé conforme a vontade se adequado
<p><u>Défice de autocuidado: alimentação:</u> estado no qual o individuo apresenta dificuldade para desempenhar ou completar atividades de alimentação.</p> <p><u>Relacionado com:</u> força e resistência diminuída, dor ou desconforto, dificuldade perceptual ou cognitiva.</p> <p><u>Manifestado por:</u> inabilidade para trazer os alimentos até a boca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a dieta prescrita; • Organizar a bandeja com os alimentos e a mesa do maqueiro atraente; • Criar um ambiente agradável durante as refeições; • Providenciar alívio adequado
<p><u>Deglutição prejudicada:</u> estado no qual o individuo tem diminuído sua habilidade para a passagem voluntária de líquidos ou sólidos da boca para o estômago.</p> <p><u>Relacionado com:</u> enfraquecimento neuromuscular, obstrução mecânica.</p> <p><u>Manifestado por:</u> evidência observada da dificuldade de deglutição (Ex: comida na cavidade oral, tosse ou sufocação).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperar com outros membros da equipa de cuidados de saúde; • Determinar a capacidade do paciente para focalizar a atenção no aprendizado/desempenho do paciente associado ao ato de alimentar e ao engolir; • Remover distrações do ambiente antes de trabalhar com o paciente em relação a deglutição; • Oferecer privacidade ao paciente conforme desejo ou indicação.
<p><u>Défice de autocuidado: (higiene corporal, higiene íntima, vestir-se/arrumar-se):</u> estado no qual o indivíduo experimenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as áreas em que o paciente necessita de ajuda para vestir-se;

<p>uma habilidade prejudicada para realizar ou completar, por si mesmo, atividades de higiene corporal.</p> <p><u>Relacionada com:</u> intolerância à atividade física, força e resistências diminuídas, dor ou desconforto, enfraquecimento perceptual ou cognitiva, enfraquecimento neuromuscular.</p> <p><u>Manifestado por:</u> inabilidade para lavar o corpo ou parte do corpo, habilidade prejudicada para vestir ou retirar as roupas, habilidade prejudicada para abetuar as roupas, incapacidade para realizar adequadamente cuidados de higiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a capacidade do paciente para vestir-se; • Estimular a participação a seleção das roupas; • Vestir roupas que não limitem os movimentos quando adequado; • Facilitar o paciente o próprio banho quando necessário; • Retirar roupas essenciais para permitir a eliminação; • Analisar a reação do paciente à falta de privacidade.
<p><u>Senso percepção alterada (visual, auditiva, gustativa, tátil, olfativa):</u> estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na qualidade ou no tipo de estímulos percebidos, acompanha por uma resposta diminuída, exagerada, distorcida ou enfraquecida a tais estímulos.</p> <p><u>Relacionada com:</u> estimulação ambiental alterada, excessiva ou insuficiente, recepção, transmissão e/ou integração sensorial.</p> <p><u>Manifestado por:</u> mudança da habilidade de resolver problemas, mudança no padrão de comportamento, padrões de comunicação alterados, mudança na tensão muscular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o paciente a reconhecer e discutir seus pensamentos e sentimentos; • Auxiliar o paciente a identificar os valores que contribuem para autoconceito; • Auxiliar o paciente a identificar prioridades de vida; • Facilitar a autoexpressão com um grupo de conhecidos; • Auxiliar o paciente a identificar fontes de motivação; • Auxiliar o paciente a perceber declarações negativas próprias.

Fonte: elaboração própria.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Nesse capítulo, que é a explicação metodológica, nela está descrito o tipo de investigação, utilizada para a elaboração deste trabalho monográfico, contém a descrição da população, os métodos e instrumentos de colheita dos dados, as considerações éticas levados a cabo durante o processo de colheita dos dados.

O enquadramento teórico, foi desenvolvido com base na revisão da literatura já existente, através de livros, sites académicos de caráter científico e monografias anteriormente feitos sobre o respetivo tema, sendo que foi desenvolvido um estudo qualitativo de cariz fenomenológico, onde a técnica de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada.

O trabalho foi redigido de acordo com as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, introdução a investigação científica guia para investigação e redigir, tendo como autor o Magnífico reitor da Universidade do Mindelo Albertino da Graça.

O presente estudo tem como campo empírico o serviço da urgência do Hospital Doutor Baptista de Sousa, em que este serviço caracteriza-se por um fluxo intenso de atendimentos diários de utentes que necessitam de cuidados individualizados.

Tipo de Estudo

O presente estudo encontra-se formulada sobre o método de investigação qualitativa, sobre uma abordagem de investigação fenomenológica. Sendo que esta abordagem permite entender melhor o fenómeno em estudo, uma vez que ela visa descrever fenómenos particulares de experiências vividas e relatos individuais sobre o tema de estudo.

Achou-se pertinente a escolha desse método uma vez que pretende-se obter uma visão qualitativa e não quantitativa, sendo que pretende-se saber, entender, realçar a visão ou o significado que os enfermeiros atribuem ao fenómeno AVC, isso de um ponto de vista individual. Este método permite ao investigador, conhecer em profundidade um dado fenómeno em estudo.

O fenómeno em estudo escolhido, como anteriormente referido é o AVC, onde foi possível estudá-lo num sentido mais aprofundado no enquadramento teórico, teve a oportunidade de fazer ligações entre vários autores, com ideias e percepções diferentes, com

o propósito que construir uma realidade nova que vai de encontro com nossa realidade, e que faz sentido as pessoas que vivem esse fenómeno.

O cariz fenomenológico foi usado no presente estudo porque o objetivo maior era descrever e relatar o fenómeno AVC, como ela é vivida pelos enfermeiros do serviço da Urgência do HBS. Onde os dados foram colhidos por meio da entrevista, em que essas entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas com a mais originalidade possível.

Métodos e Instrumentos Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados utilizados para a elaboração do estudo é um guião de entrevista semiestruturada. Neste sentido foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada (apêndice I), onde contém perguntas pertinentes sobre o tema que facilita alcançar os objetivos estabelecidos. Onde o objetivo maior para a sua elaboração é servir como guia ao decorrer da entrevista. A sua elaboração foi de encontro com base em dados científicos, fundamentadas no enquadramento teórico.

Quanto a entrevista esta está dividida em quatro grupos, onde o primeiro grupo o entrevistador delinea 7 perguntas relativamente a caracterização de cada enfermeiro que constitui a população do estudo. No segundo grupo estão agrupados respetivamente 4 perguntas, direcionadas aos aspetos gerais sobre o AVC, isto de acordo com o ponto de vista de cada um dos entrevistados.

No terceiro grupo estão agrupados seis questões abertas sobre aspetos da unidade da urgência, onde estão colocados perguntas abertas sobre o espaço físico do serviço da urgência, os recursos humanos e materiais utilizados no atendimento do utente com AVC nesse serviço, as dificuldades que os enfermeiros enfrentam durante o atendimento de um utente com AVC entre outras.

No quarto e último grupo estão explícitas questões referentes ao diagnóstico e o tratamento do AVC. Os dados referentes a cada uma das questões levantadas, são tratados qualitativamente e apresentadas em sínteses.

As entrevistas foram combinadas com os enfermeiros do referido serviço, onde foi possível agendar um dia, um local de preferência por parte de cada um dos participantes, um sítio em que eles se sentissem mais relaxados em falar livremente.

As entrevistas foram aplicadas entre 18 de Maio de 2015 e 24 de Maio de 2015, onde cada uma delas teve uma duração média de 00:15 e 00:30 minutos. É de salientar que

cada entrevista foi realizada individualmente, em que cada uma teve a duração necessária para que cada enfermeiro pudesse responder com a máxima transparência e conforme vontade própria. Sendo que elas foram gravadas em áudio, e posteriormente transcritas.

Após ter recolhido o material (entrevistas) para a realização do estudo, foram submetidas a análise de conteúdo técnico, que de acordo com o método do estudo se revelou mais adequado, pois possibilita o tratamento dos conteúdos recolhidos, tendo em conta o ponto de vista dos diferentes participantes.

No entanto para que as entrevistas pudessem ser realizadas, foi necessário a entrega de cada participante um termo de consentimento livre e esclarecido, cujo objetivo, convida-los a participarem do estudo, esclarecendo-lhe sobre questões éticas do presente estudo.

O material foi obtido em um gravador em forma de áudio, em que cada uma teve uma duração média entre 15 a 30 minutos. Após a aplicação de cada entrevista procedeu-se a audição, efetuando assim as suas transcrições por escrito. É de realçar que as entrevistas foram feitas e recolhidas, de acordo com a nossa língua materna o crioulo, deste modo tiveram de ser traduzidas de acordo com a nossa língua oficial o português.

Por isso é de realçar que pode haver algumas mudanças na maneira como se articulam o conteúdo, porque o crioulo e o português, são duas variantes linguísticas muito diferentes, mas é importante realçar que elas foram transcritas e traduzidas da maneira mais sincera possível, tentando no máximo não alterar o conteúdo obtido nem o sentido da informação, outro aspeto importante a saber é que esses conteúdos foram transcritas e traduzidas pelo entrevistador.

No entanto, foi codificada cada entrevista com a letra E, para cada enfermeiro entrevistado, podendo assim providenciar o anonimato dos participantes sendo que Gil (2008, p.177), diz que a “codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados em símbolos que possam ser tabulados”.

Considerações éticas

No entanto para melhor entender a situação estatística do AVC no hospital Doutor Baptista de Sousa (HBS), e para que fosse possível a recolha desse, foi entregue a comissão de ética do HBS um requerimento (apêndice II), e uma carta (Anexo II), disponibilizada pela Universidade do Mindelo, assinada pela coordenação do curso

comprovando que somos estudantes da universidade, para a solicitação dos dados hospitalares.

Para que a colheita de dados fosse possível, e para garantir os direitos supracitados dos participantes foi-lhes fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice III), que tem como objetivo convida-los a participarem da pesquisa, esclarecendo-lhes que as suas participações são totalmente voluntária, tendo livre escolha de recusar a participar, ou desistir em qualquer momento.

Informando ainda que as informações só terão utilidades a fins da pesquisa, que serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade de cada participante.

Neste sentido o guião de entrevista foi entregue a cada um dos participantes com dias de antecedência da realização da entrevista, de forma que pudessem analisa-lo e decidir se quisessem mesmo participar ou não da entrevista.

População

A escolha da população do estudo foi escolhido de maneira que a questão de investigação fosse respondida e os objectivos atingidos, neste sentido foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão para a escolha dos participantes.

Os critérios para seleção da amostra do estudo em relação aos enfermeiros foram:

- Enfermeiros que trabalham no BUA;
- Enfermeiros que já atuaram em caso de utentes vítima de AVC.

Deste modo foram escolhidos 6 enfermeiros do serviço do Banco Urgência de Adulto do Hospital Doutor Baptista de Sousa, em que a escolha dessa população tentou-se abranger o máximo possível, as variações de faixa etária, a diferenciação em relação a prática clínica e aos anos de serviço nesse sector. Podendo assim obter informações mais variadas, isso de acordo com a experiência de cada um dos participantes.

Não recolher mais populações porque os enfermeiros desse mesmo serviço não se mostraram muito disponíveis a fazerem partes da investigação. Nesse sentido conseguiu dois enfermeiros do sexo masculino e quatro enfermeiros do sexo feminino. Sendo que Fortin (1999, p.202) diz, “uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios. O elemento é uma unidade da base da população junto da qual a informação é recolhida”.

Caracterização da População

Neste subcapítulo, encontram-se os dados definidores da amostra, sendo que foram escolhidos 6 enfermeiros, com características próprias e individuais, que vão de encontro com as necessidades que permitem dar respostas aos objectivos anteriormente estabelecidos.

Tabela 6

Características da amostra do estudo.

Enf.	Idade	Género	Estado civil	Grau académico	Anos de prática	Escolha profissão	Serviço
E1	[35-40[	Fem.	Solteira	Licenciatura	5anos	1ª Opção	Urgência
E2	[33-35[	Fem.	Solteira	Licenciatura	10anos	2ª Opção	Urgência
E3	]35-41]	Fem.	Solteira	Licenciatura	14anos	2ª Opção	Urgência
E4	[42-52[	Mas.	Casado	Pós-graduação	23anos	1ª Opção	Urgência
E5	[42-50]	Fem.	Solteira	Bacharelato	5anos	1ª Opção	Urgência
E6	[52-54]	Fem.	Solteira	Licenciada	26anos	1ª opção	Urgência

Fonte: elaboração própria

A amostra alvo foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias, género, estado civil, grau académico, anos de prática, escolha da profissão e o serviço que atualmente se encontra a trabalhar.

Da análise efetuada relativamente ao género pode verificar-se que a amostra é constituída por 6 enfermeiros. Onde pode-se notar o domínio total do género feminino. Este domínio pode ser justificado, pelo facto de nesse serviço existir mais enfermeiras do que enfermeiros, sendo constituído por 13 enfermeiros em que 10 são enfermeiras e 3 enfermeiros.

Relativamente a faixa etária, está situada entre os [33-54] anos, em relação ao estado civil da amostra do estudo, pode-se verificar que 5 dos enfermeiros são solteiros e 1 casado e o ultimo com 26 anos de prática.

No que concerne ao grau académico este engloba 4 enfermeiros licenciados, 1 enfermeiro graduado e 1 enfermeiro bacharelato.

Em relação aos anos de prática, como representado no quadro encontramos dois enfermeiros com 5 anos de prática, 1 enfermeiro com 10 anos de prática, 1 com 14 anos, 1 enfermeiro com 23 anos de prática profissional, e 1 enfermeiro com 26 anos de prática.

Em relação a escolha da profissão, foi para 4 enfermeiros da amostra a primeira escolha, e dois referiram ser a segunda escolha.

O que refere ao serviço de trabalho pode-se constatar que todos os enfermeiros entrevistados, exercem a sua profissão no serviço da urgência do HBS, sendo que esta era um dos critérios de inclusão para a seleção da amostra do estudo.

CAPITULO III-ANÁLISE / DISCUSÃO DOS RESULTADOS

Tendo atingido esta etapa que é a de discussão dos resultados, do trabalho monográfico e para que o investigador possa fazer a discussão dos dados, Primeiramente, é de extrema importância apresentação dos mesmos.

Através dos resultados obtidos e analisados da entrevista, foi possível verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a literatura pesquisada anteriormente, transcrita no enquadramento teórico, no entanto em algumas questões não foi possível a sua comprovação como teoria pesquisada. E para melhor compreensão a entrevista foi dividida em categorias.

- Categoria I: conhecimentos sobre o AVC.

Relativamente a esta categoria em que se pretende conhecer o conceito do AVC, os fatores de risco, a faixa etária de maior risco e os sinais e sintomas que permite identificar um utente com AVC. No entanto de acordo com esta categoria e após a análise de conteúdo foi possível identificar duas unidades de registo de acordo com a definição do conceito do AVC sendo elas; definição do AVC por deslocação de um trombo e AVC como uma emergência neurológica.

Tabela 7

Conceito do AVC segundo cada participante:

Conceito do AVC		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Deslocação de um trombo	“(…) É trombose, AVC é rompimento de algum vaso cerebral por causa de um trombo”. E1	3
	“(…) Deslocação de um êmbolo ou trombo através da corrente sanguínea para um vaso de pequeno calibre, impedindo a perfusão de alguma parte do cérebro”. E4	
	“AVC é o rompimento da irrigação cerebral, ou por	

	hemorragia cerebral, causado por um trombo”.E5	
Emergência neurológica	<p>“AVC é uma emergência neurológica (...), ocorre quando por algum motivo o sangue deixa de chegar ao cérebro, provocando isquemia do local. Onde tempo é cérebro.”.E2</p> <p>“AVC representa uma emergência de neurológica. Significa um rompimento ou extravasamento de sangue em alguma área do cérebro” E3.</p> <p>“Consiste numa emergência neurológica” E6</p>	2

Fonte: elaboração própria

Relativamente a unidade de registo deslocação de um trombo, três dos enfermeiros que fazem parte da amostra, partilham dessa definição, oferecendo definições que se assemelham.

Em relação a segunda unidade de registo, AVC como emergência neurológica, três dos enfermeiros entrevistados, realçam o AVC como uma emergência neurológica.

Em relação aos fatores de risco, a faixa etária de maior risco e como identificar os sinais e os sintomas estão representados em síntese numa tabela

Tabela 8

Fatores de risco, idade que representa maior risco, e os sinais e sintoma de acordo com os entrevistados.

Tópicos	Unidade de contexto
Fatores de risco.	<p>“Obesidade, stress e HTA”. E1</p> <p>“Sedentarismo, obesidade, HTA, álcool, tabagismo, acidente isquémico transitório, diabetes, AVC prévio, enfarte do miocárdio”. E2, E6</p>

	<p>“Obesidade, tabaco, hábitos alimentares, HTA, hereditariedade” E3</p> <p>“Tabaco, alcoolismo, hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, HTA”. E4</p> <p>“HTA, tabaco, álcool, hábitos alimentares, obesidade”. E5</p>
Idade maior risco.	<p>“Idade maior 50 anos representa maior risco, porque quando maior a idade, maior são os fatores de risco”. E1, E2, E3, E4, E5, E6</p>
Sinais e sintomas AVC	<p>“Desvio comissura labial, cefaleia intensa, hemiparesia”. E1</p> <p>“Cefaleia de início súbito sem causa aparente, vertigens acompanhados de náuseas, diminuição da força e sensibilidade de um dos hemisférios, prostração, diminuição do tônus muscular, disartria, desvio comissura labial, relaxamento do esfíncter”. E2, E3, E4, E5, E6</p>

Fonte: elaboração própria

Em relação ao tópico fatores de risco pode-se notar que todos os cinco enfermeiros entrevistados apontam a obesidade e a HTA como um dos fatores de risco para o AVC.

Apenas o enfermeiro 1 faz referência ao stress como um fator de risco. Enquanto os hábitos alimentares foi referido pelo E3, E4, E5, como fator de risco para o AVC.

Ainda apenas o E3 aponta a hereditariedade como um fator de risco para o AVC, e AIT, diabetes, AVC prévio, enfarte do miocárdio, são referidos apenas pelo E2 e E6.

Em relação a idade ou grupo de maior risco para se ter um AVC, é de notar que todos os enfermeiros partilham da mesma opinião quando afirmam que a idade de maior risco é maior dos 50 anos, devido ao aumento dos fatores de risco, que essa faixa acarreta.

Relativamente aos sinais e sintomas, aos sinais e sintomas do AVC apesar de todos os entrevistados fazem referência aos mesmos, é de notar que o E1 apresenta-as de uma forma mais resumida.

Nesta categoria o investigador, constatou-se que não houver uma resposta uniforme sobre o que é o AVC. Sendo que três dos enfermeiros entrevistados enfatizam a deslocação

de um trombo para a definição do que é o AVC, enquanto os outros três enfermeiros realçam o AVC como uma emergência neurológica.

De acordo com estes resultados o investigador pode concluir que nenhum dos entrevistados conseguiram dar uma definição abrangente e mais completa do que é o AVC, isso em comparação com os autores citados no enquadramento teórico.

Sendo que o AVC é entendida como uma emergência neurológica, onde há uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo no cérebro, de início súbito, causando hemorragia ou isquemia da área afetada, em que a perda de tempo para o tratamento desses utentes provoca uma piora no seu estado.

É de realçar que só três dos enfermeiros realçam o AVC como uma emergência neurológica, e em relação ao tempo como um critério importante a ter em consideração a quanto do atendimento desses utentes, apenas verificou-se essa preocupação em apenas um dos entrevistados.

Isso leva o entrevistado a pensar que o AVC sendo uma emergência onde o tempo de atuação é um fator importante e decisivo para o atendimento desses pacientes, tanto para o seu tratamento como para minimizar as sequelas que o evento possivelmente pode deixar, é de notar que ainda não está de forma clara, presente nos profissionais, pois isso é um aspeto de grande importância para a decisão do tratamento.

Ainda em relação aos fatores de risco do AVC, permite o entrevistador afirmar que os enfermeiros relatam todos os fatores de risco, isso em comparação com a literatura pesquisada, ainda um dos enfermeiros faz referência a hereditariedade como um dos fatores de risco para o AVC, isso não foi possível a sua comprovação com a literatura acima citado.

No tocante aos sinais e sintomas do AVC, é de extrema importância que os profissionais de saúde saibam identificar cada uma delas, sendo que são um fator importante para o diagnóstico. Durante a anamnese e o exame físico os enfermeiros da urgência devem ser capazes de levantar esses sinais e sintomas e estabelecerem o seu diagnóstico de enfermagem.

É de realçar que essa resposta foi unânime por parte dos enfermeiros entrevistados. Sendo que os dados obtidos durante as entrevistas vão de encontro com a literatura pesquisada. Isso permite o entrevistador afirmar que os enfermeiros são capazes de identificar os sinais e os sintomas quando estão perante a um utente com AVC.

Assim sendo, com base nestes resultados o investigador conclui que os enfermeiros, conseguem identificar os sinais e sintomas perante um utente com AVC, mas ainda não tem o fator tempo como um aspeto crucial no atendimento a esses utentes.

- Categoria II: Métodos e Técnicas de Diagnóstico do AVC/tratamento do AVC.

Em relação a esta categoria, pretendia-se saber se os enfermeiros sabem quais os exames solicitados para o diagnóstico do AVC, as medidas gerais do tratamento a um utente com AVC. Em relação aos exames solicitados para o diagnóstico do AVC foram possível estabelecer duas unidades de registo, isso de acordo com as respostas dos entrevistados.

Tabela 9
Meios de diagnóstico segundo os entrevistados

Meios do diagnóstico do AVC		
Unidades de registo	Unidade de contexto	Score
Exames laboratoriais	<p>“(…) Glicémia, ureia, creatinina, hemograma”. E1, E2, E3, E4, E5</p> <p>“Glicemia, ureia, creatinina, tempo protrombina, plaquetas” E6</p>	6
Exames por imagem	<p>“ECG; TAC, sendo que hospital tem uma parceria, e por ano o hospital dispõe de um número limitado gratuito, e a realização de uma TAC depende das condições financeiras de cada utente ou família” E1, E2, E3, E4, E5 e E6</p>	6

Fonte: elaboração própria

Relativamente aos meios de diagnóstico do AVC, é de notar que as respostas de todos os enfermeiros são unânimes em relação aos exames de imagem ou laboratoriais.

Ainda nessa categoria, pretende-se saber caso se confirme um AVC quais as condutas que os enfermeiros devem seguir durante a sua permanência no serviço BUA.

Assim notou-se a unanimidade nas respostas dos entrevistados quando dizem que, “os cuidados passam por, administração terapêutica segundo a prescrição médica, monitorização parâmetros vitais e outros procedimentos de enfermagem.

Em relação a terapêutica utilizada para o seu tratamento foi possível estabelecer duas unidades de registo (unidade de registo grupos terapêuticos e medicamentos específicos), isto baseado nas respostas, oferecidas pelos enfermeiros entrevistados.

Tabela 10

Tratamento medicamentoso do AVC segundo cada entrevistado

Tratamento medicamentoso		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Grupos terapêuticos	“(…) hipertensores, diuréticos, anticoagulantes”. E3	1
Medicamentos específicos	“(…), manitol, captopril, nifedipina, enalapril, AAS, heparina” E1, E5, E6 “Manitol, metoprolol, ASS, heparina, paracetamol, captopril, enalapril e nifedipina (…)” E2 “(…) manitol, dexametasona, lasix”. E4	5

Fonte: Elaboração própria

Em relação a terapêutica utilizada para o tratamento do AVC foi possível estabelecer duas unidades de registo, isso baseado nas respostas dos enfermeiros entrevistados.

É de notar que as respostas se completam, sendo que na unidade de registo grupos terapêuticos apenas foi respondido pelo E3, como se pode notar no quadro acima.

Na unidade de registo medicamentos específicos, fazem parte dessa unidade os restantes 5 entrevistados, em que o E1, E5, e o E6, fazem referência aos mesmos medicamentos, enquanto o E2 faz referência a todos os medicamentos referidos pelo E1, E5, E6, mas ainda acrescenta o metoprolol e o paracetamol. E o E4 refere simplesmente ao manitol, dexametasona e o lasix.

Em relação ao objetivo desse tratamento também foi possível estabelecer duas unidades de registo.

Tabela 11

Objetivo do tratamento do AVC segundo a perspectiva de cada entrevistado.

Objetivo do tratamento do AVC		
Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Minimizar sequelas	<p>“(…), diminuir as sequelas do AVC (…),” E1, E5</p> <p>“(…) objetiva tratar o doente, minimizaras sequelas do AVC e evitar as complicações futuras”. E3</p> <p>“Minimizar sequelas do AVC e o restabelecimento do doente (…), ” E4</p>	4
Sintomatologia	<p>“(…) descompressão craniana, prevenção cardíaca, monitorização da temperatura corporal”. E2, E6</p>	2

Fonte: elaboração própria

Relativamente a essa categoria do tratamento do AVC de acordo com o quadro acima, mostra que 4 dos enfermeiros entrevistados fazem parte da unidade de registo minimizar sequelas e os dois outros entrevistados fazem parte da unidade de registo sintomatologia.

Relativamente a essa categoria, e através a análise de conteúdo realizado, mostra que cinco dos enfermeiros fazem referência aos mesmos exames laboratoriais, enquanto um dos entrevistados, ainda faz referência ao tempo de protrombina e plaquetas como exames laboratoriais para o diagnóstico do AVC, durante o atendimento de urgência.

Em comparação com a literatura pesquisada permite o entrevistador afirmar que os enfermeiros não fazem referência a todos os exames laboratoriais solicitados, no atendimento de urgência.

Ainda de acordo com os exames por imagem os entrevistados fazem referência ao ECG e à TAC como os métodos de diagnóstico por imagem do AVC, no entanto de acordo

com a literatura ainda a ressonância magnética também faz parte dos meios de diagnóstico por imagem.

É importante salientar que a TAC é um método de diagnóstico muito importante para o atendimento de urgência a um utente com AVC, porque através dela permite um diagnóstico diferencial do AVC, possibilitando assim a confirmação do diagnóstico e com isso estabelecer um plano terapêutico.

É importante também realçar que todos os enfermeiros entrevistados afirmam que sempre realizam um ECG aos utentes suspeita de AVC, no entanto a realização de uma TAC depende na maioria das vezes das condições financeiras dos pacientes ou dos seus familiares, os participantes da investigação afirmam ainda que a maioria desses pacientes não dispõe dessas condições.

Com base nos resultados obtidos, permite ao investigador concluir que os enfermeiros sabem em parte quais os meios de diagnóstico de um utente com AVC. No entanto também permite ao entrevistador concluir que não fazem um diagnóstico diferencial a todos esses utentes, permite ainda concluir que o tratamento desse paciente não é feito de acordo com um diagnóstico diferencial.

- Categoria III: intervenções de enfermagem a um utente com AVC nos serviços da urgência.

Nessa categoria, pretendia-se saber caso se confirme um AVC quais as condutas que os enfermeiros devem seguir durante a sua permanência no serviço BUA.

Nota-se a unanimidade nas respostas dos entrevistados quando dizem que, “os cuidados passam por, administração terapêutica segundo a prescrição médica, monitorização parâmetros vitais e outros procedimentos de enfermagem”.

Relativamente a essa categoria, a partir dos dados recolhidos das entrevistas o investigador verificou uma resposta unânime por parte dos enfermeiros entrevistados, em que verifica-se uma semelhança e a complementaridade das respostas obtidas.

De acordo com esses resultados o investigador pode concluir que as respostas dos entrevistados coincidem com a literatura pesquisada por parte do entrevistador e tem uma base científica lógica.

Sendo o AVC uma emergência e por isso deve ser conduzida como tal, com o menor tempo de espera possível e teve ter cuidados especializados e individualizado, e

para que esses cuidados sejam realizados com sucesso os profissionais de urgência devem ter competências e conhecimentos apropriados para o seu atendimento.

Visto que o serviço da urgência é uma área muito vasta e exige muitos esforços, sabedoria, raciocínio rápido e lógico daquele que exerce a sua profissão nessa área.

Neste sentido permite o investigador afirma que os profissionais mesmo com as suas limitações em relação aos recursos materiais conseguem dar resposta a esse atendimento.

Em relação as condutas de enfermagem durante a sua estadia no serviço da urgência relatadas por parte dos entrevistados coincidem com a literatura pesquisada que faz parte do enquadramento teórico nesse trabalho.

Assim sendo com base nestes resultados o investigador concluir que os enfermeiros, conseguem dar resposta, aos cuidados necessários de urgência a um utente com AVC, porque possuem competências, destreza e o mais importante conseguem ultrapassar as limitações que o serviço lhe oferece, e que sabem as condutas necessários para esses pacientes.

Ainda permite concluir que os enfermeiros desse serviço, são autónomos, quando da tomada de decisões sobre esses pacientes, utilizando bases científicas, e que não são simplesmente enfermeiros tecnicistas que recebem ordens médicas.

- Categoria IV: dificuldades de enfermagem no atendimento a um utente com AVC.

Em relação dificuldades que os enfermeiros enfrentam no atendimento a um utente suspeita de AVC, foi possível estabelecer duas unidades de registo os que sentem e os que não sentem dificuldades nesse atendimento.

Tabela 12

Dificuldades no atendimento do AVC

Unidade registo	Unidade contexto	Score
Não Sente dificuldades	“Não sinto nenhuma dificuldade no atendimento a um utente suspeita de AVC, (...) devido a experiência adquirida ao longo dos anos”. E1, E2, E4, E6	4

Sinto dificuldades	<p>“(…) muitas vezes os utentes apresentam-se assintomáticos, o défice de informação, omissão e negação de informação dificulta o seu atendimento”. E3</p> <p>“O estado que o utente dá entrada ao serviço (inconsciente, desorientado), dificulta o atendimento na suspeita de um AVC”. E5</p>	2

Fonte: elaboração própria

Ainda nessa categoria pretendia-se saber, que estratégias utilizam para ultrapassar essas dificuldades. Apenas foi respondida pelo E3, E5, porque dependia da resposta anterior fosse respondida, no entanto para ultrapassar essas dificuldades E3 “ter espírito de equipa”.

Assim notou-se que três dos enfermeiros referiram os recursos físicos e os recursos materiais como sendo um constrangimento a prática de cuidados a esses utentes, e os três outros entrevistados fizeram referência ao espaço físico e aos recursos materiais. É de notar que nenhum dos enfermeiros entrevistados fizeram referência, ao método de trabalho da empresa como um constrangimento para a prática desses cuidados.

Assim sendo pode-se constatar, que os enfermeiros não dependem apenas de si para a sua prática e o sucesso profissional, mas também estão envolvidos os recursos físicos, materiais e o não menos importante o método de trabalho da empresa na qual exerce a sua profissão.

Nesta temática conclui-se que o atendimento é sempre influenciado pelos recursos materiais, sendo que foi referenciado por todos os enfermeiros entrevistados. Também permite concluir que o profissional de saúde do BUA, tem grandes limitações no atendimento de urgência a um utente com AVC, no tocante que o serviço não dispõe de um protocolo de atendimento apropriado a esse atendimento e por falta de equipamentos considerados essenciais para a prestação de um cuidado diferenciado.

O serviço da urgência do HBS, utiliza o sistema de triagem de prioridades, o Sistema de Triagem de Manchester (imagem). Durante o desenvolver do ensino clínico nessa unidade, permitiu observar que o livro de triagem não dispõe de um fluxograma próprio para o AVC, isso como anteriormente referido no enquadramento teórico explica-

se pelo fato da semiologia dos seus sinais e sintomas, não permite a integração em um único fluxograma.

Assim permite o investigador afirmar e concluir, que isso constitui uma das dificuldades no momento da triagem. Consequentemente um utente com AVC deverá ser enquadrado, num fluxograma aproximativo.

Permite ao investigador afirmar que o serviço não consegue atuar nas primeiras horas, sendo que no AVC isquémico no período das primeiras três horas é o mais importante para reverter o quadro desses pacientes, com o uso da trombólise. Mas é de destacar que no serviço de BUA conforme os entrevistados não fazem o uso da trombólise, pelo facto de que o serviço não dispõe de serviço de TAC disponível a todos os utentes para fazer um diagnóstico diferencial.

Um outros aspeto a realçar é o facto de muitas vezes os utentes procurarem os serviços da urgência muitas vezes, com um tempo do início dos sintomas maior do que as três horas, isso devido ao facto dos utentes não terem noção dos sinais e dos sintomas.

Chegando nessa fase do trabalho, com base na questão levantada para esse estudo que é enfatizar as dificuldades que os enfermeiros enfrentam no atendimento de urgência a um utente com AVC, após ter elaborado um quadro teórico e feito as entrevistas aos enfermeiros que trabalham nesse serviço, permite o entrevistado afirmar que o objetivo desse estudo foi atingindo.

Daí pode-se afirmar que as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros desse serviço inicia-se no momento da triagem desses utentes, sendo que o serviço de urgência, utiliza o Sistema de Triagem de Manchester e não existe um fluxograma apropriado para o atendimento desses utentes, dificultando assim o atendimento de enfermagem.

Uma outra dificuldade que se apresenta é o facto do serviço de urgência não existir um protocolo de atendimento para esses utentes.

Uma outra dificuldade nesse atendimento é o facto do serviço de urgência não dispor de um serviço de TAC, para todos os utentes com AVC (acessibilidade financeira), impedido assim o diagnóstico diferencial desses utentes, e uma das consequências é o facto de não poder fazer um tratamento adequado a esses pacientes.

CAPITULO IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como uma ciência em evolução, e na procura da tal, para melhor prestação de cuidados e com o objetivo de aperfeiçoar as suas teorias e práticas clínicas, faz da investigação científica um ponto de partida.

De uma forma geral e após análise de conteúdo da investigação, verificou-se a concordância entre os conteúdos obtidos através das entrevistas em comparação com as pesquisas bibliográficas, esplanadas na fundamentação metodológica.

As unidades de urgência constituem um campo profissional muito importante e muito vasto de intervenções de enfermagem. Representam um ambiente onde são assistidos utentes em situações de saúde muitas vezes críticos, e isso exige do profissional de enfermagem muitas habilidades, conhecimentos técnicos e científicos, agilidade, espírito de equipa, capacidade de decisão e autonomia nas suas práticas.

A enfermagem faz parte integrada da equipa multidisciplinar de saúde, assim cada vez nota-se que o enfermeiro é pivô no atendimento, e na tomada de decisões e atendimento de pacientes em situação de urgência/emergência.

Assim sendo exige dos profissionais de saúde extrema capacitação e reciclagem dos conhecimentos para a sua prática, e pelo fato do AVC ser uma emergência, que acomete um elevado número de mortes anuais. Daí surge a necessidade da elaboração deste trabalho monográfico, com o objetivo de identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no atendimento a esses pacientes.

O objetivo dessa pesquisa é enfatizar as dificuldades no atendimento de urgência perante um utente com AVC, e é de realçar que o objetivo pretendido foi atingido. No entanto espera-se que este trabalho não pare por aqui, que sirva como um instrumento científico, e incentivo para despertar o interesse para elaboração de novos trabalhos.

Pode-se afirmar que esta experiência foi enriquecedora, pelo fato de permitir o aprofundamento dos conhecimentos, na área de urgência, que é uma área de grande importância para a prática desta profissão, por ser uma área muito vasta de conhecimentos.

No entanto é de realçar que para a sua elaboração teve de superar algumas dificuldades, pelo facto do país não dispor de um número significativo de referências bibliográficas em relação a temática em estudo. A elaboração individual deste trabalho apresentou também uma dificuldade, porque assim sendo exige do estudante um maior esforço psicológico e mental, no entanto foram ultrapassadas com o empenho pessoal e com a colaboração e disponibilidade do orientador.

Também para a elaboração deste trabalho deparou-se com alguns desafios, principalmente em relação em conseguir as entrevistas junto dos enfermeiros do serviço da urgência, uma vez que foi difícil conseguir os seis enfermeiros entrevistados, por não estarem dispostos a participarem das pesquisas.

Mas no entanto com a realização do ensino clínico do projeto pessoal em enfermagem clínica no serviço da urgência do HBS, foi de grande contributo, para a percepção de alguns conceitos, em que esta é uma área de serviço, constitui um outro aspeto muito importante para a elaboração deste trabalho porque permitiu um contato direto com o campo de pesquisa.

A prática da enfermagem de urgência, apesar de fazer parte da prática da profissão desde antiguidade, somente nas últimas décadas, vem ganhando o seu título e o seu destaque, como uma área independente de enfermagem.

Com base na revisão literária constata-se que a enfermagem de urgência é uma área, que exige muito dos profissionais de saúde, que requer uma atualização sistematizada dos conhecimentos, pelo fato de que a enfermagem, como qualquer outra área de saúde está sempre em evolução, e para tal necessita da reciclagem dos conhecimentos, para que eles possam prestar um cuidado diferenciado e de qualidade quando das respostas aos novos desafios.

Também verificou-se que o AVC é uma questão de saúde pública, considerada uma das primeiras causas de morte mundial e assume a primeira causa de incapacidade.

É importante não deixar de referir que foi de grande dedicação e esforço que este trabalho monográfico foi elaborado, pela sua importância e pelo significado científico que acarreta. Ainda constitui uma ferramenta para o desenvolvimento pessoal e intelectual, bem como para aquisição e aprofundamento de alguns conhecimentos, que ao longo das aulas ainda não tinham sido referidos e assimilados. Como futuro profissional espero que contribua como uma ferramenta a ter em consideração durante a prática como enfermeiro.

PROPOSTAS DO ESTUDO

O objetivo dessa pesquisa é enfatizar as dificuldades no atendimento de urgência perante um utente com AVC, e é de realçar que o objetivo pretendido foi atingido, e não seria de “bom-tom” que esse trabalho ficasse como uma conotação negativa. O meu engajamento como futuro enfermeiro me inspira a ter uma reflexão em buscar pistas de soluções. Permite ao leitor as seguintes propostas:

Como futuro enfermeiro, e depois da elaboração da pergunta de partida, e construída um enquadramento teórico, chegou-se a conclusão que o serviço da urgência necessita de algumas ferramentas para a abordagem de um utente com AVC, por isso achou-se pertinente, sugerir a elaboração de um protocolo de atendimento de urgência (anexo III) a esses utentes, que mais se adequa a realidade do país e do serviço de urgência.

Um outro problema encontrado depois da construção do quadro teórico é o fato do sistema de triagem de Manchester não ter um fluxograma apropriado para o atendimento do utente com AVC, por isso apontaria como uma sugestão para a melhoria desse atendimento a criação de um fluxograma específico do AVC (anexo IV), também tendo em consideração a realidade do país.

É de muito bom-tom deixar como sugestão, que fosse fornecido aos enfermeiros, cursos de formação para o atendimento de urgência a um utente com AVC, sendo que constitui um dos problemas de saúde pública que acomete um número significativo de mortes no país.

Uma outra sugestão é que os enfermeiros passassem a explicar aos familiares dos utentes vítimas do AVC, sobre a importância que a TAC tem para diagnóstico como para o tratamento, e daí verem a questão da acessibilidade financeira.

Sendo o AVC uma área de estudo muito ampla, e por ser praticamente impossível a sua explanação em um único trabalho, isso levou a pensar em futuros trabalhos que pudessem ser desenvolvidos, com o propósito de ampliar os conhecimentos científicos, por isso propõe-se para futuros trabalhos:

- Fazer um estudo sobre a importância da existência de um fluxograma específico para o AVC.
- Saber qual a importância que os enfermeiros atribuem a existência de um fluxograma específico para o atendimento dos utentes com AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anzillero F., (2011), Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: Revisão da literatura. UFRGS.

Canetti, Santos, Júnior, Alvarez (1999). Manual de Socorro de emergência. São Paulo. Atheneu.

Claskey J.C e Bulechel (org.). (2004), Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Artmed. 3ª Edição.

Collière, Marie F. (2001), Cuidar... A primeira arte da vida, 2ª Ed; Loures Lusociência.

Dos Reis D.L.R.D., (2010). Manual de protocolos terapêuticos de medicina interna. 1ª edição; República de Cabo Verde. Ministério da Saúde.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. (2001) São Paulo: Artmed, (267-273)

Einstein A., (2013). Diretrizes assistenciais. Acidente Vascular Cerebral.

Flannery e Bulacza. (2010), Enfermagem médica- cirúrgica perspectiva de saúde e doença. 8ª Edição. Volume III. Lusodidacta. Capítulo 49

Fortin, Marie- Fabienne. (1999), O processo de Investigação: Da concepção a realização. Lusociência.

Gagliardi R.J., Raffin C.N., Fábio S.R.C. (2001), Tratamento da fase aguda do Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2005/RN%2013%2001/Pages%20from%20RN%2013%2001-7.pdf>

Gil A.G. (2008), Dados e técnicas de pesquisa social. 6ª Edição. Editora Atlas S.A..

Gonçalves A.F. (diretor). (2007), Triage intra-hospitalar das admissões por Acidente Vascular Cerebral, através do sistema de triagem de prioridades de Manchester. Sinapse. Maio 2007/nº1/volume 7.

Henriques A.D.A. (2000), Viver após Acidente vascular cerebral. Autocuidado na saúde e doença. Guias para as pessoas idosas. Direção geral da saúde Lisboa.

Hesbeen W. (2001), qualidade em enfermagem. Pensamentos e ação na perspetiva do cuidado. Lusociência.

Kulkens, Ringleb, Heidelberg. (2003), Acidente vascular cerebral isquémico. Profilaxia e tratamento. EUSI. Disponível em:
http://www.congrexswitzerland.com/fileadmin/files/2013/esostroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

Lorusso (diretor). (2011). Protocolos de regulação. Secretária da saúde. SUS.

Luckmann e Soreneser (2004). Enfermagem médico-cirúrgico. Uma abordagem psicofisiológica. 4ª Edição.

Martins S.C.O. (2006), Protocolo de atendimento do Acidente Vascular Cerebral Isquémico Agudo. Revista da sociedade de cardiologia do Rio Grande do Sul. SINAPS. Ano XV nº7 JAN/FEV/MAR/ABR 2006.

Machado, F.S. (2011), Diagnóstico e tratamento do paciente com Acidente Vascular Isquémico Agudo. Protocolo institucional. Disponível em:
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2005/RN%2013%2001/Pages%20from%20RN%2013%2001-7.pdf>

Martins S.C.O., (diret). (2013), Manual de rotinas para atenção do Acidente Vascular Cerebral. Editora MS. Brasília – DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf

Mateus B.A. (2007), Emergência médica pré hospitalar. Que realidade. Lusociência.

Mattos L.A.P. (diret). (2013), Diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia. Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia, volume 101, nº2, Agosto 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf

Ministério da saúde, Republica de Cabo Verde. (2011), Relatório estático 2011. Praia, Dezembro de 2012. Disponível em: http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/cat_view/34-documentacao/61-relatorio-estatistico

Tinone G. (2001), Emergência em geriatria. Epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controlo terapêutico. Atheneu. Capítulo 17

Oliveira M. (2004). Trauma, atendimento pré-hospitalar (APH). São Paulo. Atheneu.

Oliveira R.A., Noreia N.B. (2010), urgência e emergência. TEC saúde/ Fundap.

OMS (2005), Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância do Acidente Vascular Cerebral. Organização Pan- América da saúde. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Pasche D.F., Mendes V.L.F. (coord). (2013), Diretrizes da atenção a reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

Pereira s., Coelho F.B., Barros H. (2004), Acidente Vascular Cerebral, hospitalização, mortalidade e prognóstico. Serviço de higiene e epidemiologia. Faculdade de medicina do Porto.

Raffin C.N., Fernandes J.G. Evaristo E.f., Neto J.I.S., Friedrich M., Puglia p., Derwich e Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (2006), Revascularização clínica e intervencionista no Acidente Vascular Cerebral Isquémico Agudo Arq. neuropsiquiatria 2006; 64 (2-A): 347-348. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n2a/a34v642a.pdf>

Rodrigues A., Nascimento C., Antunes L. Mestrinho M.G., Serra M., Madeiro R. Canário R. e Lopes V. (2007), Processo de formação na e para a prática de cuidados. Lusociência.

Rodrigues R. (diret). (2002), Instituto de Cardiologia. Manual de condutas. Fundação universitária de cardiologia.

Santos N., Velga P., Andrade R. (2011), Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Revista Bras. Enfermagem. Brasília 2011-abr; 64(2):355-8. Disponível em: <http://www.gesepfepar.com/propedeutica/anamnese/anamnese.pdf>

Seixas P.H.D.A. (coord). (2010), Livro do aluno urgência e emergência. São Paulo-Fundap.

Sheehy (2011), Enfermagem de urgência da teoria a prática. 6ª Edição. Lusociência.

Silva G.S., Gomes D.L., Massaro A.R. (2005) Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Isquémico. Rev. Neurociências 2005, 13 (1):39-49. disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2003.pdf>

Silva L., Francioni F., Sena E., Carraro T. e Randunz V. (2005), O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. 58, 473-474.

Silva L.F.P., Martins N.F.O., Oliveira V.L.G., Nascimento M.H.M., Teixeira E. (2011), Dificuldades de enfermagem com a humanização do cuidar/cuidados em urgência e emergência em um pronto-socorro em Belém. SENPE. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0226.pdf>

Silva O.B.M. (2014), Avaliação de enfermagem. Anamnese e exame físico (adulto, criança e gestantes). Curitiba.

Sobral P.H.A.F., Silva A.M.P., Santos V.E.P., Santos R.A.A., Santos A.L.S. (2013), atuação de enfermagem em serviços de emergência: revisão sistemática. J.:Fundam. Care. Online 2013. Out/Dez. 5 (4): 396-07. Disponível em: http://www.posgraduacaoredentor.com.br/hide/path_img/conteudo_5422e97aef92e.pdf

Tambara E.M. (s/ano), Diretrizes para atendimento pré-hospitalar no Acidente Vascular Encefálico. Cap.13. disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/DIRETRIZES%20PARA%20ATENDIMENTO.pdf>

SITES CONSULTADOS

Conceito dificuldade - <http://www.dicio.com.br/dificuldade/> 30/06/2015

Anexos

Anexo I





Índice de fluxogramas utilizadas no processo de triagem no serviço da urgência do HBS.

1- Agressão	27- Dor torácica
2- Asma	28- Embriaguês aparente
3- Auto-agressão	29- Erupções cutâneas
4- Bebê que chora	30- Estado de inconsciência
5- Catástrofe: avaliação primária	31- Exposição a químicos
6- Catástrofe: avaliação secundária	32- Feridas
7- Cefaleia	33- Grande traumatismo
8- Comportamento estranho	34- Gravidez
9- Convulsões	35- Hemorragia Gastro-intestinal
10- Corpo estranho	36- Hemorragia vaginal
11- Criança com dificuldade de locomoção	37- Indisposição no adulto
12- Criança irritável	38- Infecções locais e abscessos
13- Criança que não se sente bem	39- Lesão toraco-abdominal
14- Diabetes	40- Mordeduras e picadas
15- Diarreia	41- Pais preocupados
16- Dispneia	42- Problemas estomatológicos
17- Dispneia na criança	43- Problemas nasais
18- Doença hematológica	44- Problemas nos membros
19- Doença mental	45- Problemas oftalmológicos
20- Doenças sexualmente transmissíveis	46- Problemas nos ouvidos
21- Dor abdominal	47- Problemas urinários
22- Dor abdominal na criança	48- Queda
23- Dor cervical	49- Queimaduras profundas e superficiais
24- Dor de garganta	50- Sobredosagem ou envenenamento
25- Dor lombar	51- TCE – Trauma crânio-encefálico
26- Dor testicular	52- Vômitos

Fonte: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087402832014000100005&script=sci_arttext



Anexo II:

Carta Fornecida pela coordenação de enfermagem da Universidade do Mindelo

 UNIVERSIDADE DO MINDELO <i>Sapientia Ars Vivendi</i>	
12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO	
Exma. Senhora Directora Hospital Baptista De Sousa Dra. Sandra Vasconcelos	
Mindelo, 04 de Novembro de 2014	
<u>Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso</u>	
<p>A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).</p> <p>Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.</p> <p>Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.</p> <p>Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,</p> <p>Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.</p>	
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="text-align: center;"> A Coordenadora de Curso em enfermagem</div><div style="margin-left: 10px;"></div></div>	
Enf.ª Acelia Mireya Caceres Universidade do Mindelo Departamento Escola de Saúde Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv	
<small>Rua Patrice Lumumba, CP 648 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE http://www.uni-mindelo.edu.cv - e-mail: geral@uni-mindelo.edu.cv - Telefone: +238.2326810 - Fax: +238.2325132 NIF: 562770755</small>	
<small>mod 00X.14</small>	

Anexo III

Modelo de um protocolo de atendimento de um utente com AVC

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
Regulação Médica – AVC com menos de 4,5 horas de evolução	
QUADRO CLÍNICO	
<input type="checkbox"/> Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo <input type="checkbox"/> Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito. <input type="checkbox"/> Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente. <input type="checkbox"/> Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____	
Data início dos sintomas:	Hora do início dos sintomas:
Acordou com sintomas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Ultima vez em que foi visto sem sintomas:
AVC Hiperagudo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Regulação Médica Local	
CINCINATTI	
1) Dê um sorriso  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	2) Levante os Braços  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
3) Fale a frase: O Brasil é o país do futebol. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
Alertas de possível exclusão para AVC HIPERAGUDO:	
<input type="checkbox"/> Glicemia < 50 mg/dL <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Síndrome demencial <input type="checkbox"/> Previamente acamado	
Contra-indicações possíveis para trombólise:	
<input type="checkbox"/> Trauma craniano importante recente <input type="checkbox"/> Cirurgia extensa recente <input type="checkbox"/> Hemorragia recente <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico prévio	
Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:	
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> AVC/AIT prévio <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> IAM prévio	
SINAIS VITAIS	
PA _____ mmHg FC _____ FR _____ Sat. O2 _____ % HGT _____ Glasgow _____	
CONDUTA	
<input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Oxigênio máscara se SaO ₂ < 92% <input type="checkbox"/> Ventilação ambu máscara <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Acesso venoso <input type="checkbox"/> SF 0,9% <input type="checkbox"/> Não reduzir PA <input type="checkbox"/> Monitorização Cardíaca <input type="checkbox"/> Cabeceira reta <input type="checkbox"/> Hora de início dos sintomas <input type="checkbox"/> Outro _____	
REMOÇÃO	
<input type="checkbox"/> Hospital1 <input type="checkbox"/> Hospital2 <input type="checkbox"/> Hospital3 <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Contato no destino _____ <input type="checkbox"/> Hora da chegada no destino _____	
Assinatura	Data

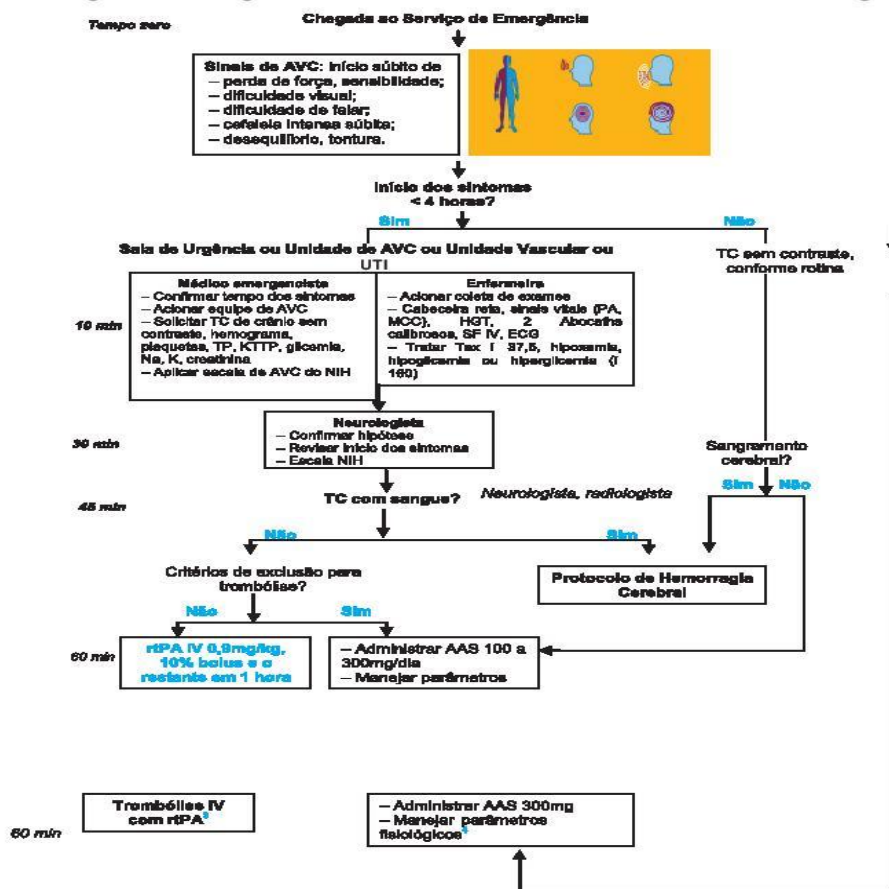
Fonte: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000100005&script=sci_arttext

Anexo IV

Fluxograma de atendimento de urgência a um utente com AVC

2 Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo

Figura 2 – Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo



Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde.

Fonte: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000100005&script=sci_arttext

Apêndices

Apêndice I: Guião de entrevista.

Guião de Entrevista

GRUPO I- CARACTERIZAÇÃO GERAL

Sexo:

Estado civil:

Habilitações académicas:

Tempo de atividade profissional:

Tempo de atividade profissional na unidade de urgência:

Escolha da profissão:

Serviço:

GRUPO II-ASPETOS GERAIS SOBRE A AVC:

1. O que é o AVC?
2. Como identificar um utente com AVC?
3. Após identificar um utente com AVC na fase aguda, quais atitudes iniciais que para si devem ser realizadas?
4. Quais são os exames solicitados na fase aguda do AVC para a confirmação do diagnóstico?


GRUPO III- ASPETOS SOBRE A UNIDADE DA URGÊNCIA:

1. Na sua opinião o serviço da urgência do HBS dispõe de um espaço físico apropriado para a realização do atendimento a um utente em AVC?
2. O serviço dispõe de todos os recursos humanos e materiais adequadas para a realização do atendimento a um utente suspeita de AVC?
3. Quais as condutas dos enfermeiros durante o atendimento a um utente suspeita de AVC?
4. Ao longo do processo de atendimento a um utente suspeita de AVC sente alguma dificuldade? Quais são?
5. Se sim, que estratégias utiliza para as ultrapassar?
6. Caso se confirme um utente com AVC, quais as condutas que os enfermeiros devem seguir, durante a sua estadia no serviço BUA?

7. O hospital oferece aos enfermeiros da urgência, cursos de atualização sobre o AVC e do suporte básico de vida?
8. Para si qual a importância da atualização dos conhecimentos sobre o AVC?
9. Tem algo mais a acrescentar sobre este assunto que não lhe tenha perguntado?

Muito obrigado (a) pela sua colaboração
Soraia Monteiro

Apêndice II: Requerimento


REQUERIMENTO

Exma senhora
Diretora do Hospital Dr Baptista de Sousa.

*Superintendente de
Tij. p/ os devidos efeitos
e coordenação.
21/04/15*

Soraia Patricia Dos Santos Monteiro, estudante do curso de licenciatura em enfermagem, na Universidade do Mindelo, número 2569, 4ºano, pretende desenvolver uma pesquisa para obtenção, do grau de licenciatura cujo o tema é Acidente Vascular Cerebral (AVC)-os cuidados de enfermagem em urgência. Vem muito respeitosamente requerer a vossa excelencia que se digne autorizar o acesso ao serviço da urgência de adulto do hospital, no periodo compreendido entre o mês de Fevereiro até os meados do mês de junho, para a recolha de informações pertinentes para a pesquisa, nomeadamente a recolha de dados, consulta de arquivos, documentos relacionados com o referido tema.

*A Comissão de ética
para aprovação
22/04/2015*

Pele deferimento
Mindelo, 24 de Novembro de 2014

Soraia Paulo
/Soraia Patricia Dos Santos Monteiro/

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 457 - 20/4/15
O Funcionário
Heitorica

*Aprovado pelo
Comissão de
ética
24/04/15*

Apêndice III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Termo consentimento livre e esclarecido

Prezado(a) senhor(a)

Gostaríamos de convidá-lo a participar na pesquisa “Acidente Vascular Cerebral”, realizada em “ Universidade do Mindelo”.

O objetivo da pesquisa é “ o título do grau de licenciado em enfermagem na Universidade do Mindelo”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma (uma entrevista individual sobre o referido tema em estudo, sendo que serão colocado perguntas abertas, a coleta do material será feito através de um gravador, no momento exato da entrevista). Gostaríamos de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. (os registos gravados serão guardados por mi, por um tempo determinado e necessário e por ultimo quando não forem mais necessários serão eliminados).

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso você tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar pelo telemóvel 9939730. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Mindelo, ____ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável

RG: _____

